UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 158

LA GROSSESSE INTRALIGAMENTAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

Henry GOURMELON

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Lambézellec (Finistère), le 28 septembre 1910.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur..... *Juges*
LOUBAT, agrégé..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0011

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 158

LA GROSSESSE INTRALIGAMENTAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

Henry GOURMELON

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Lambézellec (Finistère), le 28 septembre 1910.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Physiologie	PACHON.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Médecine légale et déontologie	LANDE	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Chimie	CHELLE,	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.		

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGÈRE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE — A MA MERE

En leur dédiant ce modeste travail, je voudrais leur témoigner ma très grande reconnaissance. Je ne pourrai assez leur rendre tout ce qu'ils m'ont sans cesse prodigué.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MA MARRAINE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

À MES PROFESSEURS

DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A MES MAITRES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE

DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL A.-BOURSIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE GYNÉCOLOGIE
DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE-DE-RUSSIE
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. le Professeur Guyot qui nous a fait entrevoir l'intérêt que présenterait l'étude de cette question très imparfaitement connue, car il faut avouer que le diagnostic pré-opératoire a été rarement posé. Nous croyons que cela tient plus au fait que l'on n'y pense jamais qu'à la difficulté réelle du diagnostic.

Aussi nous a-t-il paru utile de grouper dans ce modeste travail tous les documents qui se rapportent à la grossesse intraligamentaire.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Guyot nos très sincères remerciements pour la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

Chapitre premier

DEFINITION

On entend par grossesse intraligamentaire le développement et l'accroissement progressif d'une gestation tubaire rompue dans l'espace celluleux compris entre les deux feuillets du ligament large.

Ces grossesses sont rares. Gilkrist pense, en effet, que la proportion des grossesses extra-utérines se rompant dans le ligament ne serait que de un quart, et encore le nombre des cas allant jusqu'à terme n'en est plus que le sixième.

Sur les *cinquante* observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous avons relevé *vingt-deux* gestations ayant dépassé le huitième mois qui ont donné *onze* enfants vivants.

Ce sont là des faits intéressants qui vont contre l'axiome formulé jadis « que toute grossesse extra-utérine doit être opérée dès qu'elle est diagnostiquée », il faudrait ajouter : « si elle donne lieu dans son évolution à des accidents graves ou menaçants. » En effet, de toutes les grossesses ectopiques, l'intra-ligamentaire serait l'évolution la plus heureuse ou plutôt la moins grave.

Nous avons tâché d'éliminer les cas douteux, ceux que nous pourrions appeler les « grossesses pseudo-intraligamentaires », sur lesquels Vanvaerts a attiré l'attention, et dont la pathogénie est facile à comprendre : la trompe gravide bascule en arrière, contracte des adhérences et

semble faire partie du ligament large ; deuxième cas : il s'agit d'une grossesse abdominale secondaire due, soit à l'élimination par la voie naturelle, nous voulons dire par l'ostium abdominale, soit après rupture tubaire. Le placenta reste le plus souvent adhérent à son point d'implantation et de nouvelles membranes permettent l'enkystement secondaire de l'œuf. Et il arrive que l'anatomie pathologique puisse être battue en brèche. Citons encore le cas d'hématocèles intraligamentaires, où les examens macroscopiques et microscopiques ne révèlent de façon certaine ni œuf, ni placenta. Toutes ces observations ne sauraient trouver place dans cet exposé.

Chapitre II

HISTORIQUE

La connaissance de la grossesse intraligamentaire n'est entrée dans le domaine scientifique que depuis que Loschge, en 1818, signala une gestation de quatre mois et demi se poursuivant entre les deux feuillets du ligament large.

D'ailleurs, la grossesse tubaire qui en est la première étape ne fut soupçonnée qu'au XV^e^ siècle, et ce mérite revient à Reguier de Graaf. Livret l'admit et l'appela « mauvaise grossesse ». Mais elle resta longtemps imparfaitement étudiée et passait pour une rareté. On a aujourd'hui autrement changé d'avis. Kustner, de Breslau, en cinq ans, n'en a pas opéré moins de 107.

Or, nous avons vu que Gilkrist estime au quart le nombre des grossesses extra-utérines se rompant dans le ligament large. Cette proportion nous semble exagérée, même compte tenu de la précocité que l'on déploie actuellement et dans le diagnostic et dans l'intervention.

Après Loschge, Ollivier, en 1834, publia le second cas de grossesse ligamenteuse, puis Dezeimeiris donne à cette localisation le nom de grossesse « sous-péritonéo-pelvienne ». Segond, dans son étude sur la pathogénie des hematocèles extra-péritonéales, donne à la rupture de la trompe gravide la première place ; mais les travaux les plus importants que cette question a suscités sont dus à

Denucé Schrœder et Gallard ; à Kühn (thèse de Zurich, 1874).

Mais il fallait attendre la période pastorienne pour que la question fût étudiée sur des bases scientifiques.

En 1870, Spielgelberg fit la première laparotomie pour grossesse intraligamentaire.

En 1887, Rein extrait un enfant vivant d'entre les feuillets du ligament large.

Encore fallait-il avoir le secours de l'histologie, car il est souvent impossible, même avec la pièce en mains, de dire avec sûreté « grossesse » soit à cause de la précocité de l'intervention soit à cause de la transformation subie par le fœtus déjà mort.

Dès 1880 vont paraître de nombreuses publications, parmi lesquelles il convient de citer les thèses de :

Gilkrist (Paris 1890),

Orillard (Paris 1894) consacrée au traitement,

Lemercier (Paris 1901) sur l'évolution après le 5e mois,

Couvelaire (Paris 1901) ;

les travaux de : Lawson, Tait, Jayle, et Delherm, de Pinard, de Paucot, Levy du Pau, Tewfik Remzy.

Nous nous devons également de signaler à Bordeaux la thèse de Tsaï et surtout celle de J.-E. Villar qui est la monographie la plus complète sur la question.

Chapitre III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE.

L'étiologie de la grossesse intraligamentaire est celle de toute gestion tubaire, dont elle n'est qu'un évolution parfois heureuse. Ce sont des cas mal connus et peu fréquents. Cependant, Gilkrist déclare que la proportion par rapport aux grossesses tubaires est de un quart. Fendley en a rapporté six observations et Polack donne une statistique où sur trois cent sept cas de grossesses ectopiques, il signale quarante-trois cas de glissements intraligamenteux du produit de conception sur soixante-et-une ruptures tubaires. Peut-être, Polack a-t-il été favorisé par la « loi des séries », mais nous ne pouvons admettre une telle proportion de ruptures sous-péritonéales, Jayle et Delherm, pendant six ans dans le service Pozzi, n'en n'ont jamais vu un seul cas. A Bordeaux nous n'en avons relevé que deux cas.

L'âge des malades semble jouer un rôle prépondérant. Cette évolution exceptionnelle se remarque surtout après 30 ans. (63 p. 100 des cas entre 24 et 33 ans d'après Farrar). Il nous semble même préférable de dire de 30 à 40 ans.

La multiplicité est relevée dans presque tous les cas ; nous pouvons donner une proportion de six contre un.

Mais ce qui est de beaucoup le plus frappant, c'est la longue période de stérilité précédant la grossesse actuelle. C'est ainsi que nous relevons :

Un enfant vivant six ans auparavant, Spaeth.

Un enfant vivant treize ans auparavant Le Bec, et même dix-neuf ans (cas de Taotman.

Quel est le côté le plus fréquemment atteint ?

Dans notre statistique, qui porte sur les quarante-cinq cas où la situation du fœtus est exactement définie, nous avons relevé trente fois la localisation à droite, tandis que nous ne notons que quinze gestations dans le ligament gauche, soit une proportion de deux pour un en faveur du côté droit. Nous n'essayerons pas de donner une explication à ce petit fait, d'autant plus que nous ne disposons que d'un trop petit nombre de cas pour pouvoir énoncer une opinion.

Mais l'étiologie et la pathogénie de la grossesse intraligamentaire se ramenant à celles de la gestation tubaire ; voyons pourquoi l'œuf s'arrête dans la trompe. N'oublions pas que tout embryon a commencé à être extra-utérin, la fécondation s'opérant au tiers externe de la trompe, puis il glisse et vient se fixer dans l'utérus. Mais si, pour une raison ou pour une autre il est gêné dans sa progression, il se développera sur place. Nombreuses causes ont été invoquées, mais aucune ne satisfait complètement l'esprit. C'est ainsi que l'on fit jouer un rôle :

1° Aux malformations congénitales de la trompe : coudure, bifurcation, imperforation partielle de l'*ostium uterinum* ;

2° Aux malformations acquises : adhérences ou coudures par brides inflammatoires ;

3° Aux lésions de la trompe parmi lesquelles la gonococcie et les séquelles d'infections puerpérales ;

4° Les tumeurs déviant la trompe, surtout les kystes et les fibromes ;

6° Atonie salpingienne ;

7° Diverticules ;

8° Mœricke et Webster invoquent une prédisposition atavique ;

9° M.-O. Magidh fait jouer un rôle à la cervicite chronique ;

Si aucune de ces causes ne suffit à expliquer toute la pathogénie des grossesse extra-utérines, elles peuvent s'appliquer à plusieurs cas. Mais le plus souvent on est obligé d'admettre qu'on ne trouve rien.

On a vu des grossesses normales succéder à des grossesses extra-utérines. Mais on ne cite pas de cas de récidive. Cependant, on relève une observation de gestation tubaire chez une femme ayant été opérée pour grossesse intraligamentaire.

Chapitre IV

PATHOGENIE

La grossesse tubaire étant constituée, comment devient-elle intra-ligamentaire ? Nous pouvons invoquer plusieurs théories :

Lawson Tait considère que l'œuf devient intra-pelvien par rupture de la paroi inférieure de la trompe. Il se base sur le fait qu'on relève dans l'histoire de ces malades une ou plusieurs crises accompagnées de petites syncopes, de pâleur, de légère réaction péritonéale. Ces symptômes semblent être la signature de ruptures minimes de la trompe dilatée, très peu extensible, ou mieux de fissurations. Ce sont les mêmes signes que nous retrouvons dans la rupture de la trompe se faisant vers l'abdomen, mais en beaucoup plus accentués. Nous pouvons en même temps noter un léger écoulement sanguin. L'anatomie pathologique vient encore renforcer cette affirmation ; les divers examens pratiqués ayant toujours montré une disparition complète de la paroi inférieure de la trompe.

Nous voulons bien admettre cette théorie lorsque la rupture se produit dans les tout premiers temps de la grossesse, mais si nous voulons bien considérer que les vaisseaux utéro-ovariens passent immédiatement sous la trompe, une rupture comme le déclare Lawson Tait s'accompagnerait obligatoirement d'une hémorragie tellement abondante que le sang se collectant entre les feuillets du ligament suffirait à tuer l'œuf.

D'autres auteurs, surtout français et allemands, se basant sur les examens anatomo-pathologiques de Schuchardt prétendent que le passage se fait le plus souvent au point d'implantation des villosités choriales. Ceci semble démontré dans la majorité des cas de rupture où celle-ci se produit à la partie supérieure de la trompe (44 cas sur 55) : lieu d'élection du placenta.

Donc, pour les Français, deviennent intraligamentaires les œufs à implantation méso-salpingienne. En réalité, il est des grossesses sous-péritonéopelviennes où le placenta s'insère à la partie supérieure et même ovariale comme dans l'observation de P. Guazon.

Pour Winkel et Vanvaerts, la majeure partie des grossesses intra-ligamentaires seraient de fausses inclusions.

Chapitre V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'œuf ectopin s'est donc glissé entre les feuillets du péritoine pelvien. Avant de voir comment il s'y place, il nous semble utile de rappeler sommairement l'anatomie du ligament large en insistant sur quelques points qui nous semblent intéressants au sujet de la nidation.

On désigne sous le nom de ligaments larges deux replis du péritoine qui, partant des bords de l'utérus, se portent sur les parois de l'excavation pelvienne. Ces replis sont quadrilatères, verticalement dirigés et forment une cloison qui sépare la cavité pelvienne de la femme en deux compartiments : l'un antérieure, l'autre postérieur, le premier destiné à la vessie, le second au rectum. Ces compartiments ont une dimension sensiblement égale quand l'utérus présente sa direction normale, mais on conçoit que l'inclinaison en avant et en arrière de cet organe altère considérablement ce rapport.

Le mode de formation des ligaments larges est facile à comprendre. Les deux faces de l'utérus sont recouvertes par le péritoine qui adhère intimement au tissu utérin. Arrivé aux bords latéraux, chacun de ces feuillets, au lieu de se réunir à l'autre pour entourer l'organe de toute part, se dirige vers la paroi pelvienne pour se continuer avc le péritoine pariétal.

Les ligaments larges figurent donc assez exactement deux ailes tendues en travers dans l'excavation du bassin et fixées chacunes au bord latéral correspondant de l'utérus.

Les ligaments larges présentent à considérer deux faces et quatre bords.

Les deux faces (antérieure et postérieure) sont unies et lisses et répondent : la première à la vessie, la seconde au rectum. De la face postérieure se détachent à angle droit, deux replis falciformes, les ligaments utéro-sacrés ou de Douglas.

Les quatre bords sont supérieur, inférieur, externe, interne.

Le bord supérieur présente trois replis en ailerons destinés à contenir chacun un organe.

Le bord inférieur répond au tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin, à l'aponévrose périnéale supérieure, et tout à fait en dedans, aux bords latéraux du vagin. C'est grâce à ce dernier rapport que le toucher vaginal permet de reconnaître les collections développées dans ce ligament. Le bord interne est très large, les deux feuillets étant écartés l'un de l'autre par l'épaisseur de l'utérus. Il est en rapport avec l'artère utérine et le plexus utéro-ovarien. Le bord externe répond aux parois de l'excavation ; il est très mince.

Si l'on fait une coupe horizontale de l'utérus et de ses annexes, le ligament large présente la forme d'un triangle isocèle à base utérine.

Les ligaments larges contiennent dans leur épaisseur une quantité considérable de tissu conjonctif de nerfs et de vaisseaux.

Les deux feuillets du péritoine ne sont pas simples.

M. Rouget a montré qu'ils étaient doublés d'une couche musculaire se continuant avec la couche superficielle des fibres utérines. Aussi, ces ligaments présentent-ils une certaine tonicité qui maintient l'utérus à sa place et l'empêche de se porter soit à droite, soit à gauche. C'est, sans doute, aux dépens de ces fibres musculaires que naissent des fibromyomes du ligament large. Lorsque l'utérus se développe

pendant la grossesse, il remplit l'espace compris entre les deux feuillets du ligament large, de telle sorte que ceux-ci disparaissent. Ils se reconstituent après l'accouchement, mais, relâchés, ils s'opposent alors faiblement aux déviations et à l'abaissement de l'utérus. C'est pour cette raison que les femmes qui se lèvent trop tôt après leur accouchement, comme cela s'observe fréquemment à la campagne, sont prédisposées au prolapsus.

Entre les deux feuillets du ligament large existe une couche lâche et abondante de tissu conjonctif, surtout en bas. Elle se continue avec le tissu sous-péritonéal que recouvre l'aponévrose périnéale supérieure ; avec celui qui tapisse les faces latérales de la vessie et avec le tissu sous-péritonéal de la paroi abdominale et de la fosse iliaque interne. Il en résulte qu'un épanchement sanguin, une inflammation du ligament large peuvent se propager à ces différentes régions. Une collection sanguine, un abcès du ligament large, peut donc s'ouvrir dans le vagin, la vessie ou le rectum. Ils peuvent traverser l'aponévrose périnéale supérieure, le releveur de l'anus et apparaître dans le creux ischio-rectal ; le pus et le sang peuvent suivre les cordons du plexus sacré, sortir du bassin par la grande échancrure sciatique et venir bomber à la fesse. Plus souvent, l'inflammation se propage à la paroi abdominale et la fosse iliaque.

Dans ces tumeurs du ligament large, l'utérus est immobilisé et relevé ; la vessie et le rectum sont comprimés et refoulés.

D'après Guérin, la cavité formée par le ligament large est hermétiquement fermée en bas par le fascia propria et ne laisserait pas écouler le sang (et les abcès auraient une autre propagation).

Comment l'œuf se développe-t-il dans cet espace qui n'a pas été établi pour lui ? Dans les premiers mois, le ligament large suffit, à lui seul, pour son évolution « mais bientôt,

déclare Villar (thèse Bordeaux 1927). » La loge ainsi créée devient insuffisante, et la tumeur va décoller progressivement le péritoine pariétal postérieur C'est surtout aux dépens du méso-côlon pelvien du côté gauche que se fait cette inclusion péritonéale. On conçoit, dans ces conditions, l'impossibilité où se trouvera le chirurgien de mener à bien l'extirpation du sac fœtal. La marsupialisation s'imposera. »

Dans les derniers mois, le fœtus se replie sur lui-même. Nous n'avons pu recueillir dans les peu nombreuses observations de gestation amenées près du terme de renseignements bien nets sur sa position exacte. Seulement, dans deux cas nous avons pu constater :

Chez M.-O. Magid, un fœtus en position transversale.

Chez Toth, le produit de conception, la tête en bas bombant dans le vagin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF

Une question primordiale se pose : que devient le placenta ? En général, inséré sur la paroi inférieure de la trompe, dans les cas de grossesses ectopiques destinées à avoir une évolution intraligamenteuse, il va le plus souvent rester inséré sur le secteur mésosalpingien. Gardant toujours le contact avec la trompe, il va s'hypertrophier et pousser des prolongements vers les feuillets du ligament et par des incursions successives va rejoindre le bord latéral de l'utérus et s'y fixer. Cette évolution est la plus heureuse, car nous ne croyons pas que les feuillets du péritoine pelvien, malgré la tapisserie musculaire décrite par Rouget, puissent fournir une circulation sanguine suffisante pour l'œuf près du terme.

Il est des cas dans lesquels le placenta est libre de toute

attache tubaire. Il est possible d'imaginer, en effet, que l'œuf ait été expulsé complètement et que le placenta se soit implanté à nouveau sur la séreuse péritonéale. Pour Lawson Tait, cela ne faisait aucun doute, et son élève Gubb déclarait : « qu'il n'y a pas de raison pour que le placenta fraîchement séparé ne puisse se créer de nouvelles attaches vasculaires. »

Au niveau du ligament large, les adhérences sont presque purement conjonctives, ce qui permet de comprendre comment les fonctions placentaires peuvent devenir déficientes, malgré le volume souvent considérable de cet organe.

Berry Hart a examiné au microscope un placenta de grossesse ectopique ayant dépassé neuf mois. Celui-ci paraissait se composer de tissu conjonctif parsemé de plaques de cristaux d'hématoïdine et renfermant des villosités allongées, dont l'épithélium avait subi une dégénérescence hyaline. Les altérations des villosités portaient plutôt sur leurs dispositions et leur forme que sur leurs éléments anatomiques. Les tiges des villosités se trouvaient isolées du tissu conjonctif provenant apparemment de caillots organisés. Il y avait de nombreux capillaires dans les parties les plus anciennes où l'organisation avait eu le temps de s'accomplir.

Quoi qu'il en soit, il convient de retenir que les attaches du gâteau placentaire aux organes voisins se présentent soit serrées (conjonctives), soit très richement vasculaires, c'est-à-dire dans les deux éventualités dangereuses à rompre ; il y a de plus des mauvaises insertions, parmi lesquelles la fixation sur les gros vaisseaux du petit bassin paraît la plus grave.

RETENTION DE L'ŒUF

Quelle est la destinée de l'œuf ectopin abandonné à lui-même ? Nous avons vu que plusieurs grossesses ont été menées à terme, mais ce sont plutôt des exceptions. En général, l'œuf est voué à la mort. Il n'y a plus alors grossesse, mais rétention ovulaire ou fœtale. Comment l'organisme maternel réagit-il vis-à-vis de ce corps étranger ?

Dans les tout premiers mois, l'œuf peut être dissous sans laisser de traces ; les tissus embryonnaires, peu résistants, se désagrègent dans le liquide amniotique. Mais dès le troisième mois, les tissus sont déjà plus fermes, ils ne se dissolvent plus mais se dessèchent ; il y a momification du fœtus. Celui-ci se raccornit, et sa peau devient gris jaunâtre ; le liquide amniotique se résorbe ; exceptionnellement, il peut augmenter, au point d'atteindre son maximum pendant la réapparition des règles, les parois du sac s'atrophient, le placenta également.

Ultérieurement, il peut y avoir calcification du sac fœtal, calcification qui, d'après Küchenmeister, peut se faire de trois façons différentes : soit dans les parois de la poche fœtale (lithokeliphos), soit dans les couches superficielles du fœtus (litholyphopœdion), soit enfin dans le fœtus, complètement transformé en un bloc de pierre (lithopœdion).

Mais, souvent, le fœtus se macère et ne tarde pas à s'infecter, beaucoup plus facilement que l'œuf mort in-utero ; sans doute, ainsi que nous l'avons déjà déclaré, à cause du voisinage de l'intestin. Il peut alors y avoir élimination du fœtus par des voies anormales : l'intestin, la paroi abdominale ou à travers le vagin.

Modification de l'appareil génital en dehors de l'œuf.

Bien que la grossesse se poursuive hors des voies génitales, l'utérus et les trompes subissent des modifications dignes d'être signalées. L'utérus, sous l'action des phénomènes trophiques ou reflexes, analogues à ceux qui se produisent pour les seins, subit une augmentation de volume assez importante, augmentation qui est en corrélation avec le développement de l'œuf, et, ainsi que le déclarent Band, Couvelaire et Cazeaux, d'une façon inversement proportionnelle à la distance qui le sépare de l'insertion placentaire ectopique. Généralement l'utérus ne dépasse jamais huit à douze centimètres, mais cependant Fraenckel a pu signaler un cas de grossesse ectopique de huit mois avec une hauteur utérine de vingt centimètres.

La cavité utérine s'agrandit et peut atteindre quatorze et dix-huit centimètres.

Le col est ramolli et surtout près du terme, où il peut même ébaucher une dilatation. Enfin, l'utérus tout entier se porte en haut et du côté opposé à la tumeur, les trompes le suivent évidemment dans son ascension ; la muqueuse, elle-même, se développe démesurément, s'hypertrophie, et l'épithélium s'aplatit et devient cubique ; les glandes s'hypertrophient. Les cellules sont dissociées par l'œdème et prennent l'aspect de cellules déciduales ; les capillaires, dilatés, se rompent et produisent des suffusions sanguines et même de légères pertes de sang.

Parfois, et le plus souvent près du terme, on assiste à l'expulsion d'un sac membraneux ou de lambeaux qui sont formés au dépens de la couche superficielle de la muqueuse utérine. Cette expulsion peut se faire à n'importe quel moment de la grossesse et n'est aucunement un signe de la mort du fœtus.

Il peut arriver que les phénomènes utérins rétrogradent, ce qui a fait dire à Martin que plus une grossesse ectopique avance en âge et moins les réactions utérines sont accusées. En réalité, ceci est faux, car cette involution est due à la mort du fœtus. Il n'y a plus grossesse, mais seulement rétention ovulaire.

Les trompes sont peu modifiées histologiquement. Cependant, Kuhne, Websters, Poinot, Couvelaire, ont noté un aplatissement des cellules qui deviennent cubiques et des modifications des cellules conjonctives sous-muqueuses qui, seulement dans certaines franges, prennent le type des cellules déciduales. L'ovaire, du côté correspondant du sac fœtal, présente généralement un corps jaune. Signalons que parfois le corps jaune témoin de la grossesse, aurait été trouvé même sur l'ovaire du côté opposé, ce qui fait penser à une migration anormale.

Chapitre VI

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

a) *Avant le cinquième mois.*

S'il est des cas dans lesquels la grossesse ne donne aucun signe anormal digne d'être signalé et faisant penser à une grossesse ectopique, le plus souvent, cependant, l'attention du médecin est attirée par des crises douloureuses du bas-ventre s'accompagnant de petites pertes de sang.

La malade accuse des troubles sympathiques plus accentués que dans la grossesse normale, les nausées et les vomissements sont plus fréquents, mais, à ce moment, le diagnostic de menace d'avortement est le plus souvent posé. La malade est mise au repos, et les symptômes s'amendent pendant quelques temps. On peut encore penser à la grossesse tubaire, l'inclusion intraligamentaire est alors une surprise au cours de l'opération.

Les signes de rupture de la trompe dans le ligament large ont pu passer inaperçus, mais, d'une façon générale, elle donne les signes atténués de la rupture abdominale. L'expulsion d'une caduque, survenant après une crise de coliques est souvent l'indice d'une perturbation dans la vie de l'œuf et de la mort de l'embryon, mais la grossesse peut pourtant continuer, après cette élimination qui en a souvent imposé pour un avortement surtout s'il s'est accompagné en même temps de métrorragie. Mais après cette expulsion la tumeur persiste s'il s'agit de grossesse intraligamentaire.

Bref, dans les cinq premiers mois, il est exceptionnel que le diagnostic de grossesse intra-ligamentaire soit fait. Si les signes sympathiques existent, on dit : grossesse tubaire. Mais si l'embryon est mort, les erreurs sont très nombreuses : on pense plus facilement au fibrome, au kyste du ligament, aux annexites, etc.

Ne jamais oublier de faire le toucher rectal qui peut donner de précieux renseignements.

b) Après le cinquième mois.

Le diagnostic, qui jusqu'à présent a été rarement posé catégoriquement, doit être fait, surtout si le fœtus manifeste sa présence en se basant sur :

Les crises douloureuses et les phénomènes sympathiques persistants ;

Les phénomènes de compression ;

La palpation qui montre deux masses distinctes où l'on reconnaît l'utérus, relativement peu développé proportionnellement à la tumeur, rejeté en haut et du côté opposé. Cependant, il ne faut pas toujours compter pouvoir ainsi séparer les deux masses, l'utérus étant fréquemment enclavé dans la tumeur et situé en avant ou en arrière, au point que même, après la laparotomie il est encore difficile de le délimiter. Cependant, par le toucher combiné au palper, par le toucher rectal, on doit y parvenir, et, comme nous le verrons plus loin, il est possible de se faire aider par la radiographie. On peut également recourir à l'hystérométrie, mais nous considérons cette méthode comme dangereuse et inutile, car elle demande un diagnostic déjà posé ; de plus, elle peut provoquer la mort du fœtus par contraction et enfin, même dans le cas de fibrome, la cavité utérine est très agrandie.

Le plus souvent, on arrivera facilement au diagnostic de

grossesse ectopique, mais après le cinquième mois il était admis jusqu'à présent que la gestation était abdominale. Nous venons de voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Comment pourrons-nous fixer exactement le siège de l'œuf ?

Pozzi déclare que « dans la grossesse intraligamentaire, la tumeur est généralement recouverte d'une coque assez épaisse, tandis que, dans la grossesse abdominale, les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen. »

Le siège du placenta sera parfois indiqué par la palpation (frémissement) et l'auscultation (bruit de souffle).

Mahon a trouvé, en plus des symptômes de grossesse extra-utérine les petits signes suivants qu'il considère comme pathognomoniques :

« Les petites crises douloureuses répétées ; la douleur à la miction et à la défécation et surtout le déplacement de l'utérus du côté opposé à la tumeur. »

Il semble, en effet, que le déplacement en masse de l'utérus et son élévation sont des signes d'inclusion intraligamentaire lorsqu'ils co-existent avec des signes de grossesse extra-utérine.

Si le fœtus est mort, le diagnostic est à peu près impossible, car, généralement, on n'y pense pas. La grossesse intraligamentaire devient une trouvaille au cours de l'opération, et, souvent même, la pièce en main, il est encore difficile de faire le diagnostic macroscopiquement. On pense à toutes les tumeurs du ligament large : fibromes, kystes inclus.

Nous ne pouvons mieux montrer les erreurs qu'entraîne un tel cas qu'en publiant l'observation de MM. Audebert, Estienny et Ribat ;

OBSERVATION I

Audebert, Estienny et Ribat

Secondipare de 26 ans. Accouchement difficile d'un garçon actuellement vivant et bien portant, il y a dix ans. Quelques pertes blanches depuis. Dernières règles du 22 au 26 janvier 1932 ; signes de grossesse fin février et hémorragie génitale importante en mars, et douleurs dans la fosse illiaque droite.

Un chirurgien consulté déclare : grossesse et craignant l'avortement fait entrer la malade à l'hôpital où les hémorragies ne s'arrêtent pas complètement. Après 15 jours elle revient chez elle.

En avril : le médecin constate que l'utérus se développe bien mais les pertes et les crises douloureuses de la fosse iliaque droite nécessitent des lavements laudanisés. On pense alors à la coexistence d'une salpingite droite.

Début de mai, la femme est examinée par le docteur E. Estienny «. Il s'agit manifestement d'une grossesse d'un peu plus de trois mois. H.U. 15 cm. Au toucher absolument rien dans les culs de sac latéraux qui sont souples et dépressibles, de même le Douglas est libre et parfaitement indolore La tumeur abdominale est exactement superposable à un utérus gravide de trois mois ; on rassure la malade et on lui conseille de revenir un mois plus tard. Mais elle ne se représente qu'en fin juin. Elle a perdu irrégulièrement jusqu'à ce moment mais dès lors les pertes vont disparaître. Elle n'a pas senti remuer. A l'examen, on constate que son ventre n'a pas augmenté de volume. On note une H. U. de 13 cm., au lieu de 15 deux mois auparavant Les douleurs abdominales ont disparu. Les seins sont positifs. On pose alors le diagnostic de « mort du fœtus in utero ». On conseille une opération.

Cette femme ne revient qu'en fin juillet ; elle est alors vue par M. le professeur Audebert qui constate, après plusieurs examens une masse sus pubienne; dure, avec des parties de coexistence irrégulière. On porte le diagnostic de fibromatose avec rétention d'œuf mort.

On décide d'explorer la cavité utérine après dilatation aux laminaires. Celle-ci fut trouvée agrandie mais absolument vide; et alors on pratique l'opération en se basant sur le diagnostic ferme de « fibrome utérin ».

Opération : Laparatomie, on libère des adhérences épiploïques, et on découvre une masse médiane de consistance dure,

mais non solide, ligneuse mais rénitente, à la surface antérieure de laquelle, comme enchassé par elle on finit par découvrir l'utérus qui était de petit volume et qui paraissait sain. Dès lors on pense à un kyste du ligament large faisant corps avec l'utérus. On l'attaque de bas en haut après section première de la trompe au ras de l'utérus.

L'intervention est rendue pénible par des adhérences au rectum et surtout à l'uretère droite. Ce dernier se trouvait déporté en arrière et en dedans de la tumeur et il s'en fallut de peu qu'il ne soit intéressé dans la dissection. Péritonisation partielle et mêchage. L'utérus et l'ovaire gauche, en excellent état furent conservés. Suites opératoires simples.

L'intervention terminée, en examinant de près ce soi-disant kyste ; on s'aperçut que d'une extrémité de la tumeur émergeait une tête fœtale aplatie. Il s'agissait d'un fœtus momifié de 3 mois et demi environ.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Quelle aide devons-nous attendre de la radioscopie et de la radiographie ? Il semble, comme le pensent MM. Audebert, Estienny et Ribat qu'elles soient très utiles. Mais à partir de quel moment ? D'après les recherches de Hess on commencerait à voir le fœtus dès la septième semaine de la gestation, date à laquelle apparaît le premier point d'ossification : celui de la clavicule. Mais en réalité, en France, du moins actuellement on ne peut espérer voir le squelette fœtal avant trois mois et demi ou quatre mois.

Il semble que l'œuf soit plus précocement décelable dans les cas de gestation ectopique : le fœtus en effet n'est plus protégé par cette double paroi musculaire que lui constitue l'utérus et de plus le liquide amniotique est beaucoup moins abondant.

Mais comment savoir s'il s'agit d'une grossesse normale ou d'une grossesse extra-utérine ? Par les procédés ordinaires, il est très difficile de poser un diagnostic de certitude, et les différents auteurs qui ont étudié cette question

ne sont pas d'accord. M. Bouchacourt déclare que, du moins au début, cela est actuellement impossible. Mais il est des procédés qui permettent de mieux situer le fœtus ; à savoir : le pneumo-péritoine, l'insufflation tubaire et l'injection intra-utérine de lipiodol. Les deux premières méthodes sont à peu près abandonnées. Le liopodol, lui, fournit d'excellents résultats mais peut donner des accidents, la syncope et l'infection du coté de la mère ; et ce qui est plus grave la mort du fœtus. Aussi estimons-nous qu'il est préférable d'y renoncer.

En résumé, la radiographie simple est très utile et inoffensive. On doit la faire faire dans tous les cas. Le plus souvent elle ne peut donner le diagnostic ; mais si la clinique conserve toute son importance la radiographie est un complément d'examen et un aide de grande valeur.

Chapitre VII

COMPLICATIONS.

1° *Phénomènes de compression.*

a) Compression nerveuse ; intéressant surtout le plexus lombo-sacré et se traduisant le plus souvent par des crises douloureuses dans la région de la fosse iliaque avec irradiation vers l'abdomen et les cuisses. On peut même observer une véritable sciatique.

b) Compression vasculaire. Portant principalement sur les vaisseaux iliaques, elle se traduit par un œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs.

c) Compression du rectum. Tellement banale que ce n'est plus une complication, mais un signe.

d) Compression vésicale ; presque aussi fréquente.

e) Uretère. Moins fréquente ; sur cinquante observations nous n'avons relevé aucun cas précis ; d'ailleurs Hartmann dit n'avoir jamais vu l'uretère dilaté au cours d'interventions sur le ligament large.

2° *Rupture de la grossesse intraligamentaire* ; elle est peu fréquente, cependant nous pouvons noter le cas de Toth qui a eu l'occasion d'intervenir dans ces conditions et qui a trouvé une déchirure du feuillet postérieur du ligament, sur une longueur de 10 à 12 centimètres.

3° *Occlusion intestinale.* — On cite les cas de Hornung et de Œttinger. L'œuf contracte des adhérences très serrées avec la masse intestinale et peut donner des brides ; de plus pendant l'opération il peut être nécessaire de faire

pour cette raison, soit une marsupialisation, soit une résection.

4° La suppuration du kyste fœtal est beaucoup plus fréquente ; la collection s'ouvre alors spontanément, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit à la paroi abdominale.

5° Dégénérescence molaire, très rare également, mais qui a été décrite dans une observation de Mc. Leannan.

6° Enfin, l'hematocele sous-péritonéale, excessivement fréquente et qui reproduit, avec une acuité diminuée tous les symptômes de la rupture intra-péritonéale et dont l'évolution se fait soit vers la résorption (observation de Paucot où une hématocèle remontant jusqu'à l'ombilic était réduite, au bout de deux mois au volume d'une mandarine), soit vers la suppuration, soit enfin exceptionnellement vers la rupture.

Chapitre VIII

PRONOSTIC MATERNEL

Au moment de la rupture tubaire il se produit par déchirure de la grande veine du plexus utéro-ovarien (Richet) une hémorragie importante. Le sang s'épanche entre les deux feuillets du ligament large qui sont décollés.

Pour peu que l'hémorragie soit sérieuse le sang se répand dans les espaces celluleux voisins, soit en les décollant, soit en forçant les minces barrières aponévrotiques qui lui sont opposées. C'est ainsi qu'après avoir rempli le ligament large il peut forcer son bord externe et envahir la fosse iliaque.

Suivant les vaisseaux de la gaine hypogastrique, quelquefois avec les artères vaginales, il contourne le col utérin parvient en avant de l'utérus en dédoublant la cloison vesico-utérine et fait saillie dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Il peut enfin, décoller tout le tissu cellulaire pelvien, effondrer même comme dans un cas de Lejars, le releveur de l'anus et venir faire saillie dans le creux ischio-rectal.

Bien entendu, tout ce sang épanché peut se résorber, et lorsque les caillots ne viennent pas à s'infecter il y a même une tendance naturelle à leur disparition, surtout que dans le ligament large cet épanchement est protégé dans la source microbienne que constitue l'intestin par une double barrière : à savoir les parois du ligament large et les tissus de néoformation qui se sont constitués sous l'action de l'irritation causée par les caillots.

Jayle et Delherme disent : qu'après le 5e mois la gros-

sesse intraligamentaire ne présente plus à un si grand degré de fréquence les dangers des premiers mois de la gestation. Le fœtus arrive assez souvent jusqu'à terme et s'il meurt sa mort n'est pas ordinairement suivie d'accidents graves. Il y a intérêt à attendre que la circulation placentaire soit en voie de régression. Dans plusieurs cas on a réussi à pratiquer l'extirpation totale ou subtotale du kyste fœtal et aussi à avoir un enfant vivant qui survécut quelques semaines ou plusieurs mois. Ce sont là des faits intéressants qui vont contre l'axiome formulé jadis : « que toute grossesse extra-utérine doit être opérée dès qu'elle est diagnostiquée. Il faudrait ajouter : si elle donne lieu dans son évolution à des accidents graves ou menaçants ».

Nous sommes en effet loin des statistiques anciennes de Parry qui donnaient 67 % de mortalité ; et nous devons même semble-t-il, considérer que le chiffre de 3 %, donné par Simpson est légèrement au-dessus de la réalité.

Le pronostic fonctionnel reste bon ; on ne connaît aucun cas de récidive ; par contre on cite de nombreuses grossesses normales ayant suivi l'opération pour gestation intraligamenteuse.

Chapitre IX

PRONOSTIC FŒTAL.

Le pronostic fœtal est autrement sombre ; sans aller jusqu'à dire que tout œuf ectopin est irrémédiablement voué à la mort, nous pouvons remarquer que la gestation intraligamentaire n'a fourni dans les statistiques qu'un nombre tout à fait restreint d'enfants vivants. Nous pouvons cependant en citer quelques exemples :

Le cas de Mc. Leannan où l'enfant extirpé à huit mois est actuellement vivant et bien portant ; le cas de Rein où deux ans après l'enfant était en excellente santé.

Mais hélas, en général les résultats sont moins brillants. Si nous essayons de faire une statistique nous trouvons que : dans le cas de Litzmann l'enfant survécut un quart d'heure ;

De Granval, un quart d'heure ;

De Smith, quarante minutes ;

De Olhausen, une heure et demie ;

De Spaeth, vingt-quatre heures ;

De Lazarewitcz, vingt-et-un jours.

Breisky signale le cas d'un enfant succombant à une phlébite de la veine ombilicale au vingt-et-unième jour ; dans l'observation de Marchand le nouveau-né meurt de convulsions à 7 mois.

Il faut cependant tenir compte que tous ces enfants sont nés avant terme puisque en règle générale l'opération se place entre huit mois et huit mois et demi ; on ne peut

cependant expliquer par là les malformations fréquentes dont sont atteints ces sujets prédisposés de par leur situation et de par les compressions qu'ils reçoivent dans le bas-ventre où ils ne sont plus protégés par l'amortisseur que leur constitue l'utérus. De plus le liquide amniotique de l'œuf ectopin est en quantité infime. Aussi ne sommes-nous pas étonné de trouver souvent signalées ces malformations :

C.-O. Magid : malformations des extrémités des quatre membres ;

Spaeth : paralysie faciale ;

Rein : asymétrie de la tête ;

Frommel : sillon profond sur le pariétal droit ;

Martin : encéphalocèle occipitale.

Mais dans la littérature médicale on relève pas mal de fœtus ectopins, qui se sont parfaitement développés, sont nés sans malformation et n'ont jamais été plus fragiles que la majorité des enfants de leur âge ; Lawson Tait en citait déjà trois ; depuis on en a connu plusieurs. D'ailleurs comme le fait remarquer Harris « Quand un fœtus ectopin est bien développé et que une fois enlevé il a vécu plus d'un mois, il n'y a aucune raison pour qu'il ne continue pas à vivre ».

Chapitre X

TRAITEMENT

Il est un axiome ancien qui veut « que toute grossesse extra-utérine doit être opérée dès qu'elle est diagnostiquée ». Nous voulons bien l'admettre et croire Werth qui a pu dire que « la grossesse ectopique devait être considérée comme un néoplasme malin et traitée comme tel » mais nous ferons remarquer que l'évolution intra-ligamenteuse est en somme la terminaison la moins malheureuse de la grossesse tubaire ; aussi pouvons-nous ajouter au principe énoncé plus haut : « si elle donne lieu dans son évolution à des accidents graves ou menaçants ».

On relève plusieurs cas d'enfants conduits à terme sans accidents parmi les quelques exemples de grossesse intra-ligamentaire cités dans la littérature médicale. Aussi nous semble-t-il inhumain de sacrifier automatiquement le fœtus même quand la grossesse paraît se poursuivre d'une façon sub-normale. Aussi la conduite à tenir diffère-t-elle suivant les cas.

Avant le cinquième mois.

C'est la période grave de la grossesse ectopique et ici Werth a raison ; il faut intervenir dès que le diagnostic est posé.

A ce moment le seul traitement rationnel est la laparotomie, suivie de l'extraction de l'œuf avec ou sans le sac. On fera la décortication de la poche en incisant la capsule

séreuse sur un espace où il n'existe pas de vaisseaux et on fera l'extraction. Czempin recommande l'extirpation rapide pour éviter l'hémorragie.

La colpotomie, utilisée parfois dans les tout premiers mois, doit être abandonnée ; c'est un procédé aveugle.

Après le cinquième mois.

Dès qu'apparaissent les signes certains de grossesse la conduite à suivre n'est plus du tout la même. La période dangereuse est passée ; on est en droit d'espérer pouvoir arriver sinon à terme, au moins assez près de lui pour obtenir un enfant viable. Dès lors il convient de mettre la malade sous « surveillance chirurgicale ». Il semble que l'opération doive se placer entre huit mois et huit mois et demi. Il serait dangereux d'attendre plus longtemps et pour la mère et pour l'enfant.

Technique opératoire :

1. Laparotomie.
2. Ablation du fœtus ;
3. Soit ablation du sac, soit marsupialisation.

Le Congrès de la Société de Gynécologie de Bordeaux en 1919 semble avoir résolu le problème. En effet du rapport de MM. Lacouture et Rivière, à propos d'un cas de grossesse abdominale, où l'extraction du placenta avait été pratiquée il ressort que la marsupialisation ne doit vivre que des contre-indications de l'ablation du sac. C'est le procédé idéal ; les suites opératoires sont excellentes et n'exposent pas à la fistulisation. Préconisée par Litzmann, elle fut longtemps redoutée par crainte de l'hémorragie. Cependant chez les femmes affaiblies, chez lesquelles une perte de sang ou une longue opération pourraient présenter du danger il est préférable de recourir à la marsupialisation

du sac ; on fixe le sac à la paroi, après avoir ou non reséqué une bonne partie de ses parois, on draîne par la voie abdominale et si le sac est profondément enfoncé dans le Douglas, on peut également établir un drainage vaginal.

Freund et Werth ont préconisé de momifier le placenta à l'aide de poudres de tanin et d'acide salicylique ou de benzoate de soude. Ensuite on tassera dans cette poche des bandelettes de gaze, iodoformées ou non et on laissera le placenta s'éliminer de lui-même ce qu'il fera en trois semaines environ.

Nous avons envisagé le cas où nous pourrons sans danger pour la mère amener l'enfant près du terme. Mais si le fœtus même vivant devient un danger pour la mère quelle conduite devons-nous tenir ? Pour toutes les raisons précédemment citées, nombreux sont les auteurs qui tiennent pour négligeable la vie de l'ectopin. Cependant il faudra tâcher de le protéger le plus longtemps possible et ici il est impossible de donner la moindre indication ; chaque cas devant être tranché par le chirurgien selon les circonstances.

Le fœtus a succombé.

Le placenta va entrer en régression et les dangers vont devenir moindres pour la mère. Nous savons qu'il y a des cas favorables où l'œuf se calcifie et devient lithopoedion ; il est alors admirablement supporté, tel le cas du « fœtus de Quimperlé ». Est-il alors nécessaire d'intervenir ? Oui néanmoins car l'œuf ectopique est beaucoup plus exposé que le produit de rétention intra-utérin à la suppuration et la putréfaction du fait du voisinage de l'intestin ; de plus on cite des cas de déciduome et de placentome.

A quel moment faut-il alors intervenir ? il faut au moins attendre que la régression placentaire se soit faite pour éviter les dangers de l'hémorragie. D'autre part il faut évi-

ter d'attendre trop longtemps à cause des risques d'infection. Actuellement, il semble que une période de deux mois (Begouin) après la mort présumée du fœtus donne la date idéale de l'intervention.

Ici les risques d'hemorragie étant fortement diminués, la colpotomie postérieure (Baudelocque) peut être essayée, mais le procédé de choix est toujours la laparotomie que l'on fait suivre le plus souvent de la marsupialisation du sac. Ce sac s'exfolie peu à peu. Mais la guérison est très longue.

Evidemment, s'il est possible, on fera de préférence l'ablation totale du sac.

Pour Mahon, l'idéal serait, après une hemostase parfaite, de péritoniser et de refermer sans drainage, ce qui serait favorisé par l'hystérectomie préalable ou consécutive sur laquelle a insisté Forgue.

OBSERVATION II

Professeur Guyot

Un cas d'Hematocèle intra-ligamentaire
(*Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux,* 1924)

Laparotomie — Enucléation — Guérison

Mme C..., 28 ans, toujours régulièrement réglée, durée quatre jours. Appendicite il y a 7 ans. Crise aiguë typique non opérée. Aucune récidive.

Accouchement normal il y a dix mois. Enfant vivant, bien portant.

En octobre 1924, les règles ont deux jours de retard ; le 13, et sont fournies de sang noir durant deux jours seulement. Le 6 novembre, pertes de sang noir abondantes durant trois jours puis arrêt.

Le 10 novembre, la malade en descendant son escalier est prise subitement de douleurs violentes dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle ne perd pas connaissance, elle s'alite et

envoie chercher 3 sangsues qu'elle applique sur la région douloureuse. Dans la soirée son médecin lui fait une piqûre de morphine et la malade s'endort. M. le professeur Guyot est appelé auprès d'elle le lendemain à 11 heures du matin. A ce moment la malade qui souffre moins a commencé à vaquer à ses occupations.

A l'examen, la coloration des téguments est normale, la malade n'est pas agitée ; les extrémités ne sont pas refroidies, le pouls est à 50 et la température à 37° centigrades. A l'inspection du ventre, ni ballonnement, ni voussure.

A la palpation, le ventre est souple, pas de douleur provoquée à la pression des points vésiculaire et appendiculaire. Mais dans la région de la fosse iliaque droite on sent une tuméfaction douloureuse plongeant dans le petit bassin.

Il y a une coloration violacée des organes génitaux. Au toucher le col est ramolli, l'utérus sensiblement augmenté de volume, rejeté sur la gauche. Le cul-de-sac latéral droit et le cul de sac postérieur occupés par une masse régulière, rénitente, peu douloureuse perçue en même temps par le palper combiné..

Du côté des seins colostrum à la pression.

Pas de vomissements, ni nausées.

On fait le diagnostic de grossesse tubaire en éminence de rupture et la malade est opérée d'urgence, le soir même par M. le professeur Guyot.

A l'ouverture il y a quelques gouttes de sang dans le ventre et une volumineuse tumeur annexiale droite avec un utérus du volume d'un utérus gravide de deux mois.

Incision du ligament large droit et énucléation facile d'un œuf intraligamentaire. Suites normales, apyrétiques ; sans drainage.

Examen anatomo-pathologique : il s'agit d'une volumineuse hématocèle enkystée du ligament large. La trompe s'étale à sa partie supérieure. Ouverte par la dissection elle montre un sac placentaire complet contenant un fœtus de deux mois environ. A sa partie basale, correspondant exactement au secteur mésosalpingien on voit une déchirure de la trompe qui conduit directement dans une masse de caillots agglomérés et enkystée par un feutrage périphérique de tissu conjonctif. Le tout est recouvert de péritoine dans le tiers supérieur mais nettement dépéritonisé dans la partie inférieure.

OBSERVATION III

MAHON.

(*Bulletin soc. gyn. obst.*, 1930).

P. Th., 21 ans, est envoyée à l'Hôpital Saint-André, le 3 mai 1929, par M. le professeur agrégé Papin, avec le diagnostic de grossesse tubaire.

D. R., 4 mars. A partir du 7 avril elle se mit à perdre du sang pendant un mois, pertes irrégulières presque quotidiennes, peu abondantes, rouges au début, pâles ensuite, foncées au contraire et plus abondantes vers la fin du mois.

Le 20 avril, crise douloureuse dans le bas-ventre et les reins surtout à gauche, considérée comme une menace d'avortement et traitée par le repos ; nouvelle crise le 28 avril.

Entre les crises, bas-ventre douloureux, mictions et défécation pénibles. En même temps, la malade dormait mal, mangeait peu et se sentait fatiguée, mais elle n'éprouvait aucun signe subjectif lui permettant de croire qu'elle était enceinte. Enfin, le 3 mai, nouvelle crise douloureuse à l'occasion de laquelle elle est examinée par M. le professeur agrégé Papin qui fait le diagnostic de grossesse tubaire et l'envoie à l'Hôpital.

Antécédents : réglée à 13 ans, régulièrement, peu abondamment ; grossesse normale à 18 ans. Examen à l'entrée à l'hôpital le 3 mai, à 21 heures. Bon aspect général, faciès normalement coloré. Pouls, 120.

Palper abdominal négatif.

Examen génital : pertes noirâtres visqueuses.

Toucher : col ramolli, repoussé à droite, culs de sac gauche et postérieurs effacés.

Toucher combiné au palper : on reconnaît l'utérus de volume normal rejeté en masse à droite et une tumeur de consistance ferme latéro-utérine, grosse comme une orange, à gauche. Toucher rectal, masse dure dans le Douglas.

Opération : laparotomie immédiate sous anesthésie générale à l'éther, sérum sous-cutané pendant l'intervention. Incision médiane sous-ombilicale ; exploration. L'utérus est rejeté en masse à droite, la trompe violacée, est libre dans sa partie externe. La portion ampullaire est même retournée vers le centre du pelvis et à son orifice est suspendu un gros caillot ; pas d'autres caillots ni de sang libre dans la cavité abdominale. Mais sous la trompe le ligament large est soulevé, tendu,

boursouflé, violacé ; il est évident que la grossesse tubaire, vraisemblablement isthmique, s'est développée dans le ligament large.

Incision du péritoine, ligature des pédicules et extirpation de la trompe facile en avant ; laborieuse en arrière. On se rend compte alors que la grossesse tubaire est rompue dans la base du ligament large ; il y a des caillots organisés au contact des culs de sac vaginaux, latéral gauche et postérieur.

L'hémostase de ce ligament large cruenté où tout saigne en nappe est difficile. Tamponnement serré à la Mikulicz. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites idéales. Le Mickulicz est enlevé au 9e jour.

OBSERVATION IV

Duret

Mme M..., 35 ans, secondipare. Réglée à 14 ans. Toujours normalement réglée ; le dernier accouchement remontre à 4 ans.

1 enfant à 24 ans ; à 27 ans, pertes durant trois mois ; curettage laissant endométrite mais règles normales. Début d'une douleur sourde à exacerbations fréquentes dans le flanc et la région lombaire gauches. La malade remarque que ses urines deviennent nauséabondes.

A 32 ans, accouchement normal.

34 ans : urines ammoniacales avec glaires, polyurie sans pollakiurie.

35 ans (1905). Dernières règles, le 15 mars. Les douleurs s'accentuent et, sur un diagnostic de grossesse, la malade déclare : « Cela peut être vrai mais je n'ai jamais souffert ainsi dans mes précédentes grossesses. » Picotement dans les seins, malaise général. La douleur est toujours violente dans le flanc gauche.

15 *mai*. La malade est prise dans la nuit d'une violente crise douloureuse dans l'hypocondre droit, avec irradiation vers l'épaule droite faisant penser à des coliques hépatiques. Le ventre semble grossir surtout à droite.

30 mai. Tuméfaction dure de la grosseur d'une petite pomme, superficielle, sensible, mobile ; les culs-de-sac vaginaux son douloureux. Ecoulement simultané de sang noirâtre

peu épais, durant quelques jours à peine. On pense alors à la grossesse tubaire.

13 juin : nouvel examen. Le bas ventre dans sa partie sous-ombilicale paraît saillant et volumineux. La tumeur, du volume du poing s'accroît rapidement aux dires de la malade.

Matité à gauche également. Résistance des culs-de-sac droit et gauche. On prévoit en plus de la grossesse tubaire une complication gauche par kyste ou collection.

21 juin, *opération*. Après laparotomie on trouve une poche à parois minces, à travers laquelle on voit un liquide sanguinolent occupant toute la région sous-ombilicale à gauche ; au milieu et à droite elle se continue avec une tumeur ovoïde, du volume du poing ; plus dure. On ne peut différencier l'utérus et les annexes. En haut, la tumeur adhère à des anses grêles. La rupture de ces adhérences provoque la déchirure de la poche qui laisse écouler environ deux litres de sérosité fortement sanguinolente. A droite, on trouve une petite masse dont le pôle inférieur est noyé dans des caillots mous et noirâtres. Examinée au microscope cette masse montre en son intérieur un placenta de la grandeur d'une pièce de un franc.

OBSERVATION V

Duret.

Femme de 24 ans présentant des douleurs lombo-ovariennes, depuis son dernier accouchement, il y a deux ans. On fait le diagnostic de salpingo-ovarite droite et l'on fait deux pansements vaginaux.

Le 9 avril, la malade revient pour son 3e pansement. Elle est courbée et se plaint de douleurs violentes dans le bas-ventre. Au toucher, on trouve une collection assez volumineuse bombant dans le cul-de-sac droit, repousssant l'utérus à gauche. Pensant à un abcès périsalpingien le chirurgien fait une colpotomie droite ; mais rien ne s'écoule. On décide l'intervention. Nous devons ajouter que la malade avait rendu quelques jours auparavant des débris de fausses membranes utérines ; cela avait passé pour de la dysménorrhée membraneuse.

Opération : Laparotomie médiane. On trouve l'utérus repoussé à gauche par une tumeur sous-péritonéale occupant son flanc droit. Il est impossible de distinguer les annexes de ce

côté confondues avec cette tumeur de consistance dure. Quelques adhérences épiploïques très lâches. Cette tumeur plonge dans le petit bassin par son pôle inférieur. On place une longue pince-clamo de Doyen entre elle et l'utérus ; une seconde entre elle et la paroi pelvienne, puis on sectionne en dehors des clamps et on sépare la tumeur du tissu cellulaire pelvien. Drains abdominal et vaginal. Guérison trois semaines.

OBSERVATION VI

M.-O. Magid.

Primipare de 36 ans, mariée depuis deux ans, réglée à 17 ans, toujours normalement. Etait déjà venue en 1924, pour douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche, douleurs s'accompagnant de leucorrhée. Elle déclare avoir été soignée une année auparavant (dilatation et curettage). On trouve un col infecté et déchiré. L'utérus était petit, anteposé et faiblement délimité.

Le 16 juillet 1924, on fait une trachélorraphie.

Le 5 avril 1926, la malade se fait examiner parce qu'elle avait depuis le 20 février, arrêt des règles, nausée, vomissements et malaises divers... L'examen révèle un utérus mou, légèrement hypertrophié.

On ne sent pas les annexes.

Le 16 avril la malade commence, à perdre un peu de sang et ressent quelques douleurs. Entrée à l'Hôpital pour menaces d'avortement elle en ressort dix jours après, tous les signes s'étant amendés.

La grossesse continue sans signes d'intolérance, sauf cependant quelques traces d'albumine dans les urines, provoquant de l'œdème des extrémités. Les urines ensuite montrent du pus et du sang. En même temps, la malade présente des céphalées. Elle entre à nouveau à l'hôpital le 7 novembre. L'examen révèle alors : un fœtus en position transversale ; l'auscultation étant positive à droite et en dessus de l'ombilic.

Le 7 novembre, faux travail, on n'entend plus les bruits fœtaux. On décide alors d'intervenir. On trouve un fœtus présentant des signes de macération ; on l'enlève en laissant le placenta ; celui-ci devant être enlevé le 22 décembre. Deux jours après l'opération, expulsion de la caduque.

Le fœtus est à terme et présente sur le tronc un début de macération. Il présente des déformations aux extrémités des quatre membres.

OBSERVATION VII

Arthur E. Josceline.

Un cas de grossesse extra-utérine se présentant au vagin.

En juin 1918, je soignais une femme qui semblait être en imminence d'avortement ; la malade, multipare, pense être enceinte de six mois. Elle se plaint d'une douleur continue et d'un écoulement sanguin par le vagin. La tête du fœtus peut être sentie à travers une mince membrane dans le vagin, mais l'on trouve un utérus petit, repoussé à gauche de la masse et distinctement séparable de la tumeur. On perfore la membrane (qui n'est que la paroi vaginale amincie) au doigt et l'on délivre un fœtus d'environ cinq mois, manifestement mort depuis quelque temps. L'ablation du placenta, assez difficile, laisse une brèche large et à bords anfractueux dans le cul-de-sac vaginal droit. Légère hémorragie. Suites opératoires excellentes.

Je crois avoir eu affaire à une grossesse extra-utérine se développant entre les feuillets du ligament large.

OBSERVATION VIII

Potenciano Guazon.

Femme de 38 ans, XIII-pare. Onze accouchements normaux ; un avortement à la sixième grossesse. Bien réglée jusqu'alors, elle ne perd plus à partir de ce moment qu'un jour ou deux et irrégulièrement.

Il y a cinq mois, elle ressent une douleur paroxystique dans le bas-ventre. Cette douleur persiste avec des exacerbations nocturnes : mais les signes sympathiques, qui étaient pourtant très accentués pendant les autres grossesses, sont maintenant très peu sensibles. Les règles sont arrêtées. Elle a constaté un accroissement du volume de son ventre et une hypertrophie des seins.

Examen. — Il y a une masse qui emplit toute la partie inférieure du bas-ventre ; mobile dans toutes les directions, dure, légèrement fluctuante. Le périnée est déchiré au deuxième degré. Le col est mou, légèrement œdémateux et mobile avec la tumeur.

Opération. — Incision médiane basse. A l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur occupant surtout la fosse iliaque gauche, montrant de nombreux vaisseaux à sa surface. A la ponction, il s'écoule du sang noir. Puis il en sort une masse ayant l'aspect d'un chou-fleur, entraînant le diagnostic de papillome ; mais en retirant la tumeur d'entre les feuillets du ligament large apparaît une masse chevelue ; on ouvre alors le sac et l'on trouve un fœtus d'environ cinq mois. On enlevait l'ensemble, on recouvrait l'utérus et le ventre était fermé, sans drain. Suites opératoires excellentes. Guérison en deux semaines.

L'anatomie pathologique montrait que le placenta était inséré sur la trompe de Fallope et l'ovaire.

OBSERVATION IX

H. R. Mc Leannan.

Mme A..., 40 ans, V-pare, dont la dernière grossesse remonte à sept ans, est admise à l'hôpital pour menaces d'avortement avec une histoire de légère hémorragie vaginale ayant duré dix jours. Les dernières règles remontent à six semaines.

A part ces hémorragies, elle ne présente aucun autre symptôme et se sent relativement bien. Le palper bi-manuel révèle un utérus de dimension normale, rétroposé. Aucune douleur à l'examen, mais on trouve une masse très dure dans le cul-de-sac latéral droit, surtout en avant.

On pose le diagnostic de fibromyone utérin compliquant une grossesse. On prescrit le repos au lit pour six semaines, mais les hémorragies persistent et l'avortement paraissant inévitable, une laparotomie pour myomectomie ou hystérectomie fut décidée.

On trouva alors une grossesse intraligamentaire droite. L'utérus, sain, est tordu derrière la masse.

L'examen montre une dégénérescence molaire.

OBSERVATION X

H. R. Mc Leannan.

Mme B..., 36 ans, secondipare, raconte une histoire d'hémorragies irrégulières depuis deux mois, sans autres signes. L'examen révèle un utérus rétrofléchi, de dimensions normales et une masse dure dans le cul-de-sac antérieur droit, impossible à séparer de l'utérus. Aucun point douloureux. Un diagnostic provisoire de fibromyome utérin ou de kyste du parovaire fut posé et la laparotomie décidée.

On tombe sur une grossesse intra-ligamenteuse séparant les assises du ligament large, empiétant sur l'espace utéro-vésical, décollant le péritoine de la vessie.

L'examen anatomo-pathologique montre une poche intacte avec le fœtus en place. Les villosités choriales sont enracinées dans le ligament.

OBSERVATION XI

H. R. Mc Leannan.

Grossesse intra-ligamentaire à terme. Enfant vivant.

Mme X..., âgée de 44 ans, III-pare, dont la dernière grossesse remonte à douze ans, entre à l'hôpital pour albumine. Elle raconte une histoire confuse d'où l'on peut démêler qu'elle est amménorrhéique depuis huit mois environ. C'est une femme obèse et œdématiée au point que la palpation est rendue à peu près impossible.

Le test d'Ascheim-Zondeck est positif et la radiographie montre des os correspondant par leur taille à ceux d'un fœtus de huit mois environ.

La pression artérielle est de 15-8.

En dépit d'un traitement de quinze jours, l'état de la malade ne s'améliore pas et devient même franchement plus mauvais.

On décide de pratiquer un accouchement prématuré et à cet effet « de placer une vessie » ; mais sous anesthésie, on constate que l'utérus n'est pas augmenté de volume. Ce fait fut confirmé par le passage d'une sonde.

La malade fut opérée ; on trouve une grossesse intra-ligamentaire avancée. On retire un enfant vivant. Le placenta fixé

entre les deux feuillets du ligament est extrait complètement avec les membranes. Il n'y eut que de très légères pertes de sang. L'état de la malade, qui était médiocre avant l'opération, devient franchement mauvais et en dépit des transfusions de sang et de divers autres traitements, la malade meurt seize jours plus tard. L'autopsie confirma les trouvailles de l'opération et montra de la péritonite et une néphrite chronique.

L'enfant continue cependant de vivre et fut hors de danger un mois après.

OBSERVATION XII

LENORMANT et HARTMANN-KEPPEL.

Hématocèle intra-ligamentaire gauche de deux mois.

Femme de 28 ans. Bien réglée. Multipare. Retard des règles de quinze jours. Deux mois après, perte de sang avec signes de salpingite gauche. Etat général médiocre.

Opération. — A droite, l'on trouve une trompe coudée, épaisse, fixée par des adhérences. A gauche, dans le ligament large, on trouve un kyste contenant un liquide séro-hématique et des caillots en voie d'organisation. Ce kyste adhère intimement à la trompe. Hystérectomie subtotale sans drainage. Guérison.

OBSERVATION XIII

SOKOLOFF.

Malade de 32 ans. Deux grossesses normales.

Février. — Suppression des règles : depuis pertes rouges et douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche...

5 *mars. Examen.* — Signes de grossesse. Tumeur annexielle dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche immobile, grosse comme le poing, douloureuse, pâteuse.

Opération. — Laparotomie. Quelques gouttes de sang dans le Douglas. Annexectomie gauche. Guérison.

Le sac fœtal, gros comme un œuf de poule, était rompu dans le ligament large. Embryon de trois centimètres. Un petit pertuis avait laissé couler un peu de sang dans l'abdomen.

OBSERVATION XIV

LAWSON TAIT.

Grossesse de deux mois. Marsupialisation. Guérison.

Nullipare qui ressent brusquement une douleur violente dans le bassin et dont les symptômes s'aggravent si rapidement que quatre heures après elle était dans le collapsus. On trouve une grosse tumeur ovoïde bien limitée, très dure, dépassant le niveau du bassin.

Laparotomie le lendemain. On retire de la cavité du ligament large près de deux litres de caillots et un fœtus de neuf semaines environ. Marsupialisation du kyste. Guérison rapide.

OBSERVATION XV

MORISSON.

Marsupialisation. Guérison.

VI-pare. Ressent brusquement des douleurs dans le bas-ventre le 6 décembre ; la coïncidence de métrorragie fait penser à un avortement ; les douleurs deviennent plus fréquentes, l'état général s'altère et la malade vient à la consultation.

24 *décembre* : *Examen.* — Tumeur molle et sensible dans le cul-de-sac de Douglas. Sous chloroforme, on trouve un utérus volumineux avec col mou. Derrière, on trouve une tumeur molle et élastique, s'étendant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, très adhérente à l'utérus.

Opération le 2 janvier. La tumeur avait augmenté ; on trouve une tumeur libre en haut et adhérente aux parois du bassin. L'énucléation est impossible. L'incision du kyste intéresse le placenta. Hémorragie formidable. On marsupialise. La ponction du kyste ramène un liquide sanglant dans lequel quelques flocons de pus. L'exploration le 25 janvier montre un fœtus de deux mois environ. Guérison.

OBSERVATION XVI.

Griffit.

Femme de 32 ans, qui eut, en mai 1889, quatre crises de douleurs abdominales avec symptômes d'anémie et de collapsus. Rupture, au quatrième mois, de la grossesse tubaire. Opération le 4 juin. Mort par hémorragie.

Autopsie. — Le sac, d'une épaisseur considérable, est couché dans le ligament large et séparé de la vessie et des parois du bassin par du tissu cellulaire large. Le placenta est situé à la partie postéro-externe du sac. Il est moins épais et plus diffus que le placenta utérin. Au microscope on voit que nulle part les villosités ne pénètrent dans le tissu maternel, le moyen d'union est un caillot d'épaisseur très limitée.

OBSERVATION XVII.

Thompson.

Malade de 22 ans, bien réglée jusqu'en mai 1887. Dès ce moment, arrêt des règles et signes de grossesse. Le 10 juin, douleur excruciante dans le bas-ventre, la retenant trois jours au lit ; trois crises semblables dans le même mois. En septembre, nouvelles crises plus intenses que les précédentes. Elle s'aperçoit de l'augmentation de volume de l'abdomen. Pendant l'été, elle rendit des membranes par le vagin.

Avril 1888. Premier examen. Au toucher, on sent une tumeur grosse comme une orange sur le côté gauche de l'utérus, dont la connexion avec la vessie amenait des mictions fréquentes. En mai la tumeur augmentait de volume, les douleurs devenaient plus vives ; les symptômes urinaires plus aigus.

Puis, l'état général s'améliore et, le 13 juin, les règles étaient revenues.

Il s'agit de ruptures successives, probablement dans le ligament large (??).

OBSERVATION XVIII.

PAUCOT.

Grossesse intra-ligamentaire de 3 mois. Marsupialisation. Guérison.

Mme D..., 42 ans, un accouchement, il y a seize ans. Dernières règles : le 6 août 1904 ; trois mois après, crise douloureuse, abdominale localisée à droite On trouve alors le ventre ballonné. Dans la partie droite du bas-ventre, existe une tuméfaction sphérique remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; ne dépassant pas la ligne médiane, et semblant s'enfoncer dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante. Le col est mou ; l'utérus est en latéro-antéflexion gauche. Les mouvements imprimés à la masse ne sont pas transmis à l'utérus.

Opération. — Tumeur bleuâtre du volume d'une tête d'enfant et dont la tumeur est parcourue par de grosses veines ; adhérente à l'utérus et à l'épiploon. Les adhérences serrées empêchent l'énucléation ; on se décide à marsupialiser. Le placenta se trouve à la partie postro-externe du sac. On extirpe les caillots.

Suites opératoires simples. Guérison en un mois et demi.

OBSERVATION XIX.

PAUCOT.

Grossesse de 3 mois. Enucléation. Guérison.

Mme V..., 25 ans, a eu un accouchement normal, il y a deux ans.

Dernières règles, normales, du 9 au 16 février ; le 7 avril, léger écoulement sanguin ne durant que deux heures

Le 12 mai, crise douloureuse dans le bas-ventre. Nouvelles crises, le 7 et le 31. Le 15 juin, apparition d'un écoulement sanguin de couleur noire. Légère température.

Examen. — Abdomen souple, permettant de sentir une tumeur dure inclinée à droite, à contours nets, et remontant presque jusqu'à l'ombilic. — Au toucher, on sent la tumeur dans le cul-de-sac latéral droit. On distingue, à gauche, une masse plus dure que l'on suppose être l'utérus.

18 *juin*. — Laparotomie médiane. L'utérus est refoulé en avant et à gauche ; à sa droite, se trouve une masse noirâtre qui se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne. Nombreuses adhérences. On tombe sur une cavité intraligamentaire contenant des caillots sanguins très compacts, du volume d'une petite tête fœtale : coiffée de la trompe qui lui est très adhérente dans sa partie interne. Péritonisation unilatérale. On se sert des anses intestinales, primitivement adhérentes pour couvrir la partie cruentée de l'utérus. Suites opératoires apyrétiques et normales.

OBSERVATION XX.

Tewfik Remzy.

Mme D..., 27 ans, nullipare. Les règles sont normales mais douloureuses au début.

Dernières règles, le 12 juillet 1922 ; le 11 octobre 1922, elle ressent une douleur vive dans la partie gauche du bas-ventre. Après un repos de six semaines, elle peut reprendre son travail. Elle ressent les mouvements fœtaux ; mais, au début de février, ne sentant plus remuer, elle vient consulter.

Examen. — Abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de 7 mois. On sent une tumeur à droite ; l'utérus est déporté à gauche. La radiographie montre un squelette fœtal en présentation longitudinale. Le diagnostic de grossesse abdominale est posé.

Opération. — On trouve une masse dans le ligament large droit. L'utérus, repoussé à gauche, est développé comme pour 4 mois.

OBSERVATION XXI.

Hoehne.

Grossesse intraligamentaire de quatre mois. Extirpation du sac, Hystérectomie.

Dernières règles trois mois avant ; depuis, pertes irrégulières.

Opération. — Laparotomie. On trouve une tumeur droite. Nombreuses adhérences intestinales. Amputation supra-

vaginale de l'utérus, après l'extraction de l'enfant. Le placenta est inséré très bas dans la profondeur du paramètre, on l'enlève en partie avec des ciseaux. Enfin, on réussit à enlever tout le sac fœtal. On fait une péritonisation haute ; le péritoine vésical est uni avec le péritoine de la paroi postérieure du petit bassin et de l'anse sigmoïde.

OBSERVATION XXII.

Frommel.

Grossesse intraligamentaire de 5 mois.

Laparotomie. Marsupialisation.

VI Pare de 41 ans. Métrorragies depuis 2 mois.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire droite, de cinq mois.

Opération. — Laparotomie. L'ouverture du sac fœtal passe par le placenta ; hémorragie très abondante. Extraction de l'œuf.

Le sac fœtal est tamponné.

OBSERVATION XXIII.

Toth.

Grossesse intra-ligamentaire de 6 mois.

Extraction de l'œuf. Hystérectomie. Guérison.

Secondipare de 36 ans. Aménorrhéique depuis 6 mois.

Diagnostic. — Grossesse intra-ligamentaire gauche de 6 mois.

Opération. — Laparotomie Ouverture du ligament large. Extraction de l'enfant ; la libération du kyste et du placenta est très laborieuse à cause des adhérences, l'utérus saigne abondamment ; on suture la partie latérale du ligament large sur l'utérus, mais on n'arrive pas à arrêter l'hémorragie.

Hystérectomie subtotale ; on attache le col à la paroi abdominale.

OBSERVATION XXIV.

FLATEAU.

Il s'agissait d'une malade qui avait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, plutôt à gauche.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire gauche de quatre mois.

Opération. — Laparotomie. On arrive à extirper la tumeur partiellement. Marsupialisation d'une partie du sac fœtal adhérent au petit bassin.

OBSERVATION XXV.

TOTH.

Grossesse intraligamentaire de 5 mois.

Extraction du placenta. Hystérectomie.

Secondipare, âgée de 24 ans ; aménorrheique depuis 5 mois.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire gauche.

Opération. — Laparotomie, ouverture du sac fœtal, extirpation du fœtus. — L'extraction du placenta est difficile de par de nombreuses adhérences. L'utérus saigne abondamment. Hystérectomie subtotale.

Le col est suturé à la paroi abdominale. Drainage du Douglas par le vagin et drainage abdominal.

OBSERVATION XXVI.

LEVY DU PAN.

Grossesse de 5 mois. Extirption. Guérison.

Femme de 34 ans. Nullipare. Dernières règles quatre mois auparavant. Métrorragies importantes qui nécessitent un curettage avec diagnostic de fausse-couche et kyste intraligamentaire. Un mois plus tard, rétention d'urine et douleur abdominale.

Opération. — Laparotomie médiane ; l'utérus est en latéro-rétro-flexion gauche ; le Douglas est libre. On trouve une tumeur intraligamentaire droite recouverte d'énormes vaisseaux, facilement énucléable, sauf au pôle inférieur. Elle se déchire et laisse sortir un fœtus de 21 centimètres. Fermeture du ventre sans drainage. Suites opératoires parfaites ; la malade quitte la clinique seize jours après.

OBSERVATION XXVII.

Frommel.

Gestation de cinq mois. Marsupialisation.

Mme E..., 41 ans. VI-pare, Dernières règles il y a cinq mois, Métrorragies et douleurs abdominales les deux derniers mois.

Examen. — On trouve, à droite du bas-ventre, une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant à droite le petit bassin. L'utérus lui est accolé à gauche.

Opération. — Laparotomie médiane ; on trouve une tumeur rouge sombre, intraligamentaire droite, accolée en dedans au bord droit de l'utérus. Incision du sac. Extirpation du fœtus. Tamponnement.

Suites opératoires — La malade meurt dans la nuit. L'enfant, qui était de cinq mois, respire dix minutes et succombe (?).

OBSERVATION XXVIII.

Toth.

Grossesse intraligamentaire de six mois.
Extraction de l'œuf. Hystérectomie.

Primipare de 36 ans. Dernières règles six mois avant.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire gauche de 6 mois.

Opération. — Laparotomie. Ouverture du ligament large. Extraction de l'enfant. A cause des adhérences multiples, la libération du sac et du placenta est très difficile. L'utérus saigne abondamment. La suture du ligament large sur le bord de l'utérus ne suffit pas à arrêter l'hémorragie. Hystérectomie subtotale et fixation du col. Drainage abdominal.

OBSERVATION XXIX.

Toth.

Grossesse intraligamentaire de 9 mois.

Extirpation du sac fœtal.

Secondipare, âgée de 30 ans. Fortes douleurs dans le bas-ventre, au début de la grossesse. Les mouvements de l'enfant sont perçus avant six mois.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire droite, à terme. Rupture dans l'abdomen.

Opération. — Laparotomie. Sur le feuillet postérieur du ligament droit, on trouve une déchirure de 10 à 12 centimètres. Extraction du fœtus et extirpation du sac fœtal. L'utérus, qui est endommagé dans sa partie postérieure, est recouvert par le feuillet antérieur du ligament droit.

OBSERVATION XXX.

Le Bec.

Grossesse intraligamentaire de sept mois. Laparotomie.

Enfant vivant. Mort de la mère.

Femme de 35 ans, ayant eu, 13 ans auparavant, un enfant venu à terme. Trois ans plus tard, hématocèle (?).

20 septembre 1887, dernières règles.

15 octobre, douleur dans le ventre et les reins ; vomissements ; léger écoulement roussâtre par le vagin.

Examen le 15 février 1888. — Le ventre est dilaté transversalement. On sent une tumeur dure, plus développée à droite qu'à gauche, remontant à l'ombilic et se prolongeant dans les fosses iliaques. La tumeur est dure à droite ; fluctuante à gauche. De ce côté, on entend un souffle utéro-placentaire. Le cœur fœtal n'est pas perçu. Le col utérin est très élevé, fortement déjeté à droite ; entr'ouvert, mou et violacé. L'hystéromètre pénètre 14 centimètres. La tumeur bombe dans le cul-de-sac postérieur ; elle se développe progressivement.

Le 20 mars, vomissements, coliques très fortes. Pas de fièvre.

Opération. — Laparotomie paramédiane pour éviter la région du souffle placentaire. L'utérus est déjeté à droite. Le ligament gauche est soulevé par un kyste fœtal qui s'est peut être rompu, car il y a des caillots sanguins libres dans le péritoine. On est obligé de passer au travers du placenta ; on saisit l'enfant par un pied et on termine rapidement. La cavité est bourrée d'éponges très tassées ; on laisse en place le placenta. La plaie est maintenue ouverte. Compression par le pansement.

Suites opératoires. — Malgré une transfusion de sang, la malade succombe deux heures après.

L'enfant, une fille normalement constituée, vécut vingt heures.

OBSERVATION XXXI.

Skutsch.

Grossesse intraligamentaire de sept mois. Marsupialisation.

VI-pare de 36 ans. Dernières règles 7 mois et demi auparavant. Depuis, douleurs dans le bas-ventre, à droite.

Opération. — Laparotomie. Adhérences épiploïques sur le sac fœtal. On les libère et il se produit une hémorragie abondante. Cette place correspond à l'insertion placentaire. Ouverture du sac Extraction de l'enfant. Forte hémorragie. On met un Mikulicz sur la place de l'insertion de l'épiploon. Tamponnement et marsupialisation du sac fœtal. Après deux jours, on enlève le Mikulicz. Le placenta s'expulse en morceaux.

OBSERVATION XXXII.

Stœckel.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois.

Extraction du placenta.

Le placenta est inséré sur le bord gauche de l'utérus. Le développement fœtal est rétro-péritonéal du fait d'une forte élévation du péritoine de la paroi gauche du bassin, tiraillant vers le haut l'anse sigmoïde et une partie du côlon descendant. Libération des adhérences d'avec les intestins et l'épi-

ploon. Après le rapprochement des feuillets du méso-sigmoïde qui s'étaient éloignés l'un de l'autre, on réussit à péritoniser exactement toute la région de la plaie avec l'aide du côlon pelvien mobile. Drainage du Douglas.

OBSERVATION XXXIII.

TISSIER et WIART.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois. Hystérectomie.

Secondipare de 44 ans.

Diagnostic — Fibrome et grossesse.

Diagnostic opératoire. — Grossesse intraligamentaire droite, à terme.

Opération. — Laparotomie. Opération par voie transutérine. L'utérus, où s'insère partiellement le placenta, est très augmenté de volume. Hystérectomie subtotale.

Péritonisation haute. Drainage vaginal,

OBSERVATION XXXIV

VELITZ.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois. — Extirpation du sac fœtal. — Hystérectomie.

II-pare, âgée de 46 ans. Tumeur remontant à l'ombilic. Pertes rosées depuis 6 semaines.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire droite, à terme.

Opération. — Laparotomie. Incision transversale du sac fœtal. Extraction de l'enfant. Adhérence intestinale avec la partie latérale de l'utérus. Hystérectomie subtotale, extirpation complète du sac. On a dû réséquer six centimètres d'intestin grêle.

OBSERVATION XXXV

BREISKY.

Grossesse intraligamentaire de huit mois. — Laparotomie. Mère et enfant vivants.

Femme de 30 ans, une grossesse six ans auparavant avec

péritonite consécutive. Dernières règles fin février. Le 23 mars symptômes de grossesse probable. En avril, douleur siégeant à droite. En mai, constatation d'une tumeur nettement fluctuante et dont la limite supérieure dépasse le pubis. En juillet, apparition des mouvements fœtaux.

Diagnostic. — Grossesse ligamentaire droite.

Opération. — Le 29 octobre, à huit mois. Laparotomie médiane, incision du sac fœtal et extraction d'un enfant vivant mesurant 45 centimètres et pesant 2 kg. 470 ; il était asphyxié mais il fut rapidement ramené à la vie. Le sac fœtal est alors détaché de l'utérus et extirpé avec le placenta. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires. — Mort de l'enfant au bout de trois semaines. Guérison de la mère.

OBSERVATION XXXVI.

Spaeth.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois. — Laparotomie. Enfant vivant.

M^me^ B., 34 ans, un accouchement normal six ans auparavant. Dernières règles 30 octobre 1886. Le 25 décembre, douleurs abdominales vives du côté gauche qui l'obligent à garder le lit. Du 1^er^ au 5 janvier : métrorragies. En avril, perception des mouvements fœtaux. Bon état général jusqu'au 22 mai. Mais ce jour-là, elle est prise de douleurs très vives dans le côté gauche de l'abdomen survenant par crises et s'accompagnant de température (38°8 le soir).

Le 20 juin, elle entre à l'hôpital.

Examen. — Abdomen ballonné, perception des mouvements fœtaux. La fête fœtale est sentie en bas. Le col est attiré en haut, en arrière et à gauche. Le côté droit du bassin est rempli par une tumeur élastique bombant dans le Douglas. L'état général est mauvais : subictère, langue sèche, fièvre chaque soir, pouls à 120.

Diagnostic. — Grossesse intra-ligamentaire droite, avec septicémie.

Opération. — Laparotomie paramédiane droite. Incision du sac fœtal à liquide amniotique fétide et légèrement jaunâtre.

Un fœtus de 44 centimètres, pesant 2.100 grammes, en position transversale est facilement enlevé. Tamponnement et marsupialisation.

Suites opératoires. — L'enfant présente une dépression de l'os iliaque, une paralysie faciale et des pieds varus equin. Il est presque asphyxié mais revient après quelques soins. Mis dans une couveuse, il meurt vingt-quatre heures après.

La mère succombe le lendemain avec des symptômes de septicémie.

OBSERVATION XXXVII

Lawson Tait.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois et demi. Enfant vivant.

Mme S., 33 ans, VII-pare. Dernières règles en mai 1879. Douleurs abdominales depuis, devenant plus vives en juillet. En octobre, perception des mouvements fœtaux. En janvier, les douleurs la font venir à la consultation.

Examen. — Abdomen volumineux. A gauche de l'ombilic, on trouve une masse grosse comme le poing qui se contracte rythmiquement et qui est évidemment l'utérus. Il est fixé à une tumeur beaucoup plus volumineuse remplissant la fosse iliaque droite, à souffle placentaire très net. Perception des petits membres et auscultation positive. Au toucher, col inaccessible, tête dans le cul-de-sac de Douglas.

Le 31 janvier (9 mois 1/2), *opération.* — Laparotomie médiane, utérus vide refoulé à gauche, kyste fœtal dans le ligament large droit. On l'incise et on extrait l'enfant sans difficulté. Marsupialisation du sac. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Suites opératoires. — L'enfant, petit, est à terme, il se portait bien trois semaines après sa naissance. Mort de la mère par choc.

OBSERVATION XXXIII

Frommel

Laparotomie. Guérison de la mère et de l'enfant

Mme S., 31 ans. III pare. Dernières règles en juin et jus-

qu'en octobre 1880, évolution normale. A cette date, douleurs, syncopes, vomissements l'obligent à garder le lit. Le ventre a l'aspect d'une grossesse de huit mois. La tumeur est latérale; et à gauche on sent l'utérus très gros et appliqué à sa face antérieure.

Opération. — Laparotomie. Incision médiane, tumeur rouge foncé sur laquelle passe, transversalement, le côlon dont le mésentère est étalé à sa surface.

Après incision, on tente d'énucléer la tumeur. L'hémorragie et l'adhérence au côlon obligent à renoncer à l'ablation du sac. Ouverture large de celui-ci. On extrait un enfant dont la tête est dans la fosse iliaque droite et le siège dans l'hypocondre gauche. Hémorragie considérable. Tamponnement du sac à la gaze iodoformée. Marsupialisation. Fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. — Onze jours après on essaie d'enlever le placenta, mais l'hémorragie contraint d'y renoncer. Lavage antiseptique. Peu à peu, le sac se referma (au bout de cinq semaines). Petite fistule stercorale fermée spontanément au bout de trois mois.

L'enfant, peu développé, long de 42 cm., pesant 1.800 grammes, présentait un profond sillon sur le pariétal gauche et une contracture du sterno-cléido mastoïdien. Il mourut d'entérite, quatre mois après.

OBSERVATION XXXIX

Pozzi.

Mme S., 25 ans. Un accouchement à terme. Pelvi-péritonite consécutive.

15 avril 1891. Arrêt des règles, puis signes de grossesse. Un mois après, douleurs abdominales, métrorragies légères, nausées, vomissements, légers accès fébriles. Au cinquième mois, la malade, fatiguée et anémiée, entre à Athènes dans le service du professeur Galvani.

Examen. — On constate une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, plus à gauche qu'à droite, irrégulière, dure, excepté au-dessus du pubis où elle est molle. Cette tumeur est douloureuse, spontanément et à la pression. Le col est à droite, très haut situé, le corps de l'utérus est élevé en avant

et à droite. L'hystéromètre pénètre à 15 centimètres de profondeur. Les culs-de-sac sont occupés par une masse dure qui se continue directement avec la tumeur abdominale.

Diagnostic par M. le Professeur Pozzi : grossesse extra-utérine.

Opération. — Laparotomie. Incision abdominale latérale parallèle à l'arcade crurale gauche. On tombe sur un kyste fœtal intraligamentaire qui remplit la partie médiane et gauche de l'abdomen et repose par sa base sur le plancher pelvien. M. Pozzi enlève rapidement à la fois le placenta et un fœtus macéré d'environ six à sept mois et fait ensuite un tamponnement hémostatique à la gaze iodoformée. Marsupialisation, drainage par le cul-de-sac postérieur. Mikulicz. Guérison parfaite.

OBSERVATION XL

Rein.

Grossesse intraligamentaire de neuf mois. Extraction du placenta. Mère et enfant vivants.

V pare de 35 ans. Au deuxième mois de la grossesse actuelle, métrorragie, collapsus. Elle reste un mois et demi malade, puis se porte bien jusqu'au neuvième mois. A cette date, réapparition des phénomènes. La malade entre à l'hôpital.

Examen. — L'abdomen est asymétrique comme dans un kyste intraligamentaire, développé comme une grossesse normale, mais aplati à droite. Le fœtus est en position oblique, ses mouvements sont vifs; souffle placentaire à gauche avec frémissement cataire à ce niveau. Le kyste est peu mobile. Au devant de lui, et remontant vers l'ombilic, se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 centimètres et se dirige vers l'angle gauche. Col ramolli et entr'ouvert.

Diagnostic. — Grossesse tubaire, transformée au deuxième mois en intraligamentaire avec fœtus vivant.

Opération. — L'incision du sac fœtal tombe juste sur l'insertion placentaire, mais l'hémorragie est minime, grâce à la compression manuelle des bords de la section. Enfant vivant, pesant 3 kg. 200 et mesurant 49 centimètres, légère asymétrie de la tête. Le placenta et le sac furent énucléés. Cette manœu-

vre fut rendue difficile à cause des adhérences. Drain abdominal. Suites opératoires parfaites.

Deux ans après, l'enfant était encore vivant et bien portant.

OBSERVATION XLI

Kuntz.

Grossesse ligamentaire de neuf mois. Extirpation du placenta. Hystérectomie.

Nullipare de 36 ans. Après un mois de retard de règles, fortes douleurs dans le bas-ventre, à gauche ; pendant six semaines. La grossesse évolue ensuite normalement, puis, au neuvième mois, réapparition des fortes douleurs.

Diagnostic. — Grossesse intraligamentaire gauche, à terme.

Opération. — Laparotomie. Adhérences très serrées avec l'utérus ; après hystérectomie subtotale ; on extirpe le tout en bloc.

OBSERVATION XLII

Taotman.

Grossesse ligamentaire de 8 mois. Mère guérie. Enfant vivant.

Mme C., 39 ans. Bien réglée ; a eu un enfant vivant il y a 19 ans. Cessation des règles à la Noël. Douleurs abdominales et rapide augmentation du ventre depuis.

Examen, le 9 juillet. — Laparotomie médiane. On trouve une grossesse intraligamentaire droite. Le sac fœtal, rouge foncé, friable, fut ouvert et l'enfant extrait sans intéresser le placenta. L'extirpation faite, hémorragie du sac placentaire qu'on enlève après séparation d'adhérences intestinales et épiploïques et pose de cinq ou six ligatures.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie, drainage par un tube de verre, fermeture du ventre.

Suites opératoires. — Guérison de la mère, enfant normalement constitué et se développant normalement.

OBSERVATION XLIII

Voigt.

Grossesse intraligamentaire de dix mois. Laparotomie. Marsupialisation. Guérison.

Mme B. IV pare. Dernières règles en octobre 1888. En novembre, douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, vomissements, anorexie, syncopes, repos au lit. En mars, mouvements actifs du fœtus, légères pertes sanguinolentes au moment des règles. En juillet, métrorragie. Mort du fœtus.

Examen. — Utérus déjeté à droite, élevé vers l'abdomen, accolé à une tumeur occupant le côté gauche de l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

Opération. — Laparotomie. La tumeur fœtale apparaît, nettement incluse dans le ligament large gauche. Le côlon iliaque croise la circonférence supérieure de la tumeur. Extraction d'un fœtus mort, sans putréfaction. L'énucléation est impossible. On marsupialise.

Suites opératoires : guérison.

OBSERVATION XLIV

Marchand.

Grossesse de neuf mois. Marsupialisation. Mort de la mère. Enfant vivant.

Femme de 31 ans ; secondipare dont la précédente grossesse remonte à 7 ans. En avril, retard des règles de vingt-quatre jours. En mai, douleurs abdominales violentes avec métrorragies persistantes, mais peu intenses.

En juillet, douleurs de plus en plus violentes. On trouve un utérus volumineux repoussé en avant et à droite ; les culs-de-sac antérieur et droit sont libres, le postérieur et le gauche sont comblés par une masse rénitente. En août perception des mouvements fœtaux. En septembre, l'examen révèle deux tumeurs : l'une molle, piriforme, située à droite, c'était l'utérus ; l'autre au-dessus et à gauche.

Opération, le 23 décembre. — Utérus gros, repoussé à droite et recouvrant par son bord gauche une partie du kyste fœtal,

sur lequel sont étalées les annexes de ce côté. Incision du kyste fœtal. Extirpation de l'enfant. Extirpation du placenta, draînage abdomino-vaginal. Marsupialisation.

Suites opératoires. — Mort le surlendemain d'hémorragie. L'enfant, parfaitement développé, pèse 2.980 grammes. Elle mourut en août.

OBSERVATION XLV

Rochet.

Grossesse de onze mois. Marsupialisation. Guérison.

Mme C., deux grossesses normales.
11 juin, dernières règles.

Fin août. — Métrorragies abondantes et coliques abdominales. On trouve alors une tumeur remontant jusqu'à mi-hauteur entre la symphyse pubienne et l'ombilic. Le terme se passa sans phénomènes appréciables. Au onzième mois, métrorragies considérables.

Rochet fait le diagnostic de grossesse intra-ligamentaire. Incision de la paroi. Le kyste fœtal est incisé ; du liquide brunâtre s'écoule. Extirpation d'un fœtus à terme, macéré.

Marsupialisation. Six jours après on peut retirer le placenta. Guérison.

OBSERVATION XLVI

Maltakowsky.

Grossesse intraligamentaire de onze mois. Laparotomie. Guérison de la mère. Enfant vivant.

Nullipare de 36 ans. Bien réglée. Métrorragies pendant cinq mois. Douleurs violentes et vomissements après les repas ; douleurs surtout limitées au flanc gauche. Mouvements du fœtus rapidement perçus. Un examen médical pratiqué onze mois après le début de la grossesse présumée, fit penser à une grossesse extra-utérine Il existe une tumeur surtout accusée à droite, occupant le petit bassin et refoulant à gauche l'utérus.

On extirpe le kyste à peu près en totalité. Fermeture sans drainage. Guérison de la mère.

L'enfant, à terme, est bien développé. Il pèse 2.755 grammes.

OBSERVATION XLVII

Oliver.

Grossesse ligamentaire gauche de quatorze mois.

Laparotomie et marsupialisation du kyste.

VI pare de 37 ans. En mai 1890, douleurs dans la fosse iliaque gauche, puis métrorragies durant cinq semaines. La malade revient en avril 1891 parce que son ventre a grossi graduellement. L'aménorrhée dure de mai à décembre. On trouve une tuméfaction centrale, légèrement à gauche, cependant, et qui refoule l'utérus à droite.

Opération. — Laparotomie médiane. Le kyste datant de quatorze mois est logé dans le ligament gauche et contient, outre le fœtus, du liquide purulent. On essaie une tentative d'ablation du placenta provoquant une abondante hémorragie. On l'abandonne et on marsupialise le kyste.

Guérison de la malade.

OBSERVATION XLVIII

Oliver.

Grossesse ligamentaire droite de quinze mois.

VI pare de 33 ans.

Aménorrhée de juillet 1890 à avril 1891. Les règles réapparaissent jusqu'en octobre 1891. En novembre 1890, mouvements du fœtus jusqu'en mars 1891. Les sensations étaient en tous points comparables à celles éprouvées par la malade pendant ses grossesses antérieures. Elle pensait accoucher en mars, mais à partir de ce moment les seins diminuèrent de volume et l'abdomen resta stationnaire.

Examen en octobre 1891. — Abdomen distendu. Tumeur fluctuante avec ballottement empiétant sur le côté droit de l'abdomen. Le col est mou et dilaté et le corps accolé à la tumeur est refoulé à gauche. Température à 38 degrés.

Laparotomie. — Sac fœtal inclus dans le ligament large droit. On l'incise ; il contenait une grande quantité de pus épais et inodore, ainsi qu'un fœtus à terme, parfaitement conservé.

Marsupialisation. Abandon du placenta.

Guérison de la malade qui, depuis, a eu deux grossesses normales.

OBSERVATION XLIX

Jayle et Delherm.

Grossesse intraligamentaire de seize mois.

Femme de 34 ans, sans antécédents pathologiques, ayant eu quatre grossesses normales. Entre dans le service du Professeur Pozzi pour tumeur abdominale.

Début il y a quinze mois ; les règles du 18 septembre 1898 manquent. Des métrorragies s'installent en octobre, elles durent jusqu'à fin février 1899. En novembre et décembre, vomissements, augmentation de volume des seins et de l'abdomen. Au milieu de janvier 1899, la malade a la perception des mouvements fœtaux.

Le 15 mai, douleurs abdominales à type coliques d'accouchements, durant trois jours.

Jusqu'au 15 juin, cessation des douleurs, cependant la malade, endolorie, garde le lit. Cessation des mouvements fœtaux. Du 22 juin au 20 août métrorragie. En septembre, grosse amélioration, la malade se lève.

Le 25 octobre, les règles réapparaissent, normales.

Le 1er décembre, gênée par l'existence de sa tumeur abdominale, elle entre dans le service du Professeur Pozzi.

Examen. — Ventre très distendu par une tumeur plus développée à gauche qu'à droite. Cette tumeur est nettement fluctuante et non douloureuse. Le col est mou, entr'ouvert ; l'utérus est nettement refoulé à droite. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve la tumeur.

Diagnostic. — Kyste intra-ligamentaire ou grossesse extra-utérine.

Laparotomie. — On trouve immédiatement une volumineuse tumeur d'aspect kystique avec des plaques cartilagineuses à sa surface. A l'incision de la poche, il s'écoule une bouillie brunâtre et un fœtus à terme, mais non macéré. Des adhéren-

ces épiploïques multiples sont sectionnées. On s'aperçoit alors que le kyste est intra-ligamentaire, mais qu'il a dédoublé le méso-côlon pelvien. Ce côlon pelvien coiffe la tumeur à laquelle il adhère. Extirpation partielle du sac. Marsupialisation. Mèches iodoformées dans ce qui reste de la poche. Guérison. L'examen de la pièce montre un fœtus ayant atteint le terme, pesant 2.400 grammes. Ce fœtus est très peu modifié et ne présentait aucune malformation congénitale. Le placenta pesait 580 grammes.

OBSERVATION L

Lemercier

Grossesse intraligamentaire de dix-sept mois.

Primipare de 36 ans ; dernières règles le 4 juin 1897, puis douleurs dans le côté droit, nausées, vomissements. En septembre, crises douloureuses violentes dans le bas-ventre et derrière l'épaule droite : la malade perd deux fois connaissance pendant ces crises.

Octobre. — Perception des premiers mouvements du fœtus.

Accalmie pendant les mois de novembre, décembre et janvier. Hydrorrhée en janvier et février.

En mars : faux travail ; en avril, amélioration de l'état général et en mai disparition de tous les phénomènes sympathiques de grossesse.

Retour des règles en septembre.

Octobre. — Se fait examiner pour tumeur abdominale.

Examen. — Ventre asymétrique. Tumeur développée dans la région sous-ombilicale droite; tumeur lisse, régulière, fluctuante, fixe et non douloureuse. Col ouvert et ramolli, excessivement élevé, derrière et en dessus du pubis, et regardant en bas. Les culs-de-sac droit et postérieur sont remplis par la masse abdominale plongeant dans l'excavation. Perception des parties fœtales (membre et tête).

L'utérus est refoulé en haut, en avant et à gauche. Ce que démontra l'hystérométrie. Etat général médiocre : amaigrissement, anorexie, constipation.

Diagnostic. — Grossesse ligamentaire droite.

Opération le 27 octobre 1898. Laparotomie médiane. La tumeur apparaît immédiateent, coiffée du côlon et d'un pa-

quet d'intestin grêle Aspect d'un kyste simple, fluctuant, rouge sombre. Fixation du kyste aux parois abdominales, après libération des adhérences intestinales. Ouverture du sac ; il en sort un liquide brun, épais, sans odeur. Extirpation d'un fœtus à terme. On voit alors que le kyste occupait non seulement le ligament large, mais encore dédoublait le méso-côlon pelvien en repoussant le côlon à gauche et en avant.

Marsupialisation du sac. Abandon du placenta. Pas d'hémorragie.

Suites opératoires. — Simples. Pas d'infection, ni de réaction péritonéale. Le placenta, de 520 grammes, s'élimine par débris.

Le fœtus était bien constitué, du sexe masculin, pesait 2 kg. 980. Excellent était de conservation. Aucune malformation congénitale.

CONCLUSIONS

I. La grossesse intraligamentaire est moins rare qu'on ne le pense, mais on en fait rarement le diagnostic.

II. Elle s'observe chez des multipares ayant dépassé 35 ans, et surtout chez des femmes à antécédents annexiels ou métritiques dont la grossesse actuelle a été précédée d'une très longue période de stérilité (10 et même 19 ans). L'évolution intraligamentaire est favorisée par l'insertion du placenta tubaire sur le secteur méso-salpingien.

III. Les symptômes de la rupture dans les ligaments sont peu bruyants : douleur vive d'un côté du bas-ventre et sensation de déchirement. Les signes d'hémorragie interne manquent le plus souvent. Tous ces symptômes s'amendent rapidement.

IV. Le diagnostic repose sur les signes de grossesse ectopique auxquels s'ajoutent :

Les petites crises douloureuses.

La douleur à la miction et à la défécation et surtout le déplacement de l'utérus vers le haut et du côté opposé à la tumeur. Il sera bon de s'aider de l'hystérosalpingographie.

V. Au moment de la rupture, il se produit des phénomènes de faux travail faisant penser dans les débuts à l'avortement, d'autant plus qu'il se produit alors l'élimi-

VI. Pronostic maternel. La rupture intraligamentaire est

moins grave que la rupture intra-péritonéale et son pronostic sérieux.

VII. Le traitement consiste dans la laparotomie avec l'extraction des caillots et l'ablation de la trompe malade.

Les suites opératoires sont généralement excellentes. La mortalité peut être évaluée à 2 %.

Le pronostic fonctionnel est bon. On a pu observer de nouvelles grossesses normales; par contre aucun cas de récidive n'a été signalé.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 juillet 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Audebert, Estienny (E.) et **Ribat**. — *Bullelin société obstétrique et gynécologie*, février 1933.

Beckmann. — *Zent. für gyn.*, 16 avril 1927.

Begouin. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, Bordeaux, 1922.

Begouin et **Massé**. — *Bul. Société d'obstétrique et de gynécologie*, Bordeaux, 18 novembre 1925.

Berry Hart. — *Edimburg medical journal*, 1887.

Binaud. — Thèse, Paris, 1892.

Breisky. — *In* thèse Lemercier.

Brown Le Roy. — « Troubles menstruels et douleurs dans la gestation tubaire » (*Medical Record*, n° 20, novembre 1921).

Cestan. — Thèse, Paris, 1894.

Chavannaz et **Loubat**. — *Bul. Soc. gynécolog. et obst.*, Bordeaux, 1914.

Cornil. — « Anatomie et histologie de la grossesse tubaire » (*Revue de gyn. et chirurgie abdominale*).

Costa. — « La gestation intraligamentaire » (*Zent., für gyn.*, mars 1931).

Coste. — « Etiologie et traitement des grossesses tubaires » (*Lyon chirurgical*, 1922).

Couvelaire. — *Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires*, thèse Paris, 1900.

Czempin. — « Hémorragie dans une grossesse intraligamentaire de 4 mois » (*Centralblatt. für gyn.*, 1889, p. 820.

Davis. — « Intraligamentary pregnancy » (*Progrès médical*, 1924).

De Bella (E.). — « Caso di gravidanza intraligamentary » (*Arch. di obst. e gine.*, Napoli, 1934.

Denucé. — Thèse, Paris, 1853.

Doleris. — « Hémorragies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine », (*La gynécologie*, 1889).

Dumining. — *Am. Journal of obst.*, New-York, 1897, p. 43.

Duret. — « Deux cas de grossesses extra-utérine intra-ligamentaires opérés avec succès » (*Soc. Médicale*, Lille, 1906.

Eastman. — « Intraligamentous tubal pregnancy » (*Amer. journ. of Obst.*, New-York, 1888).

Engelking. — *Intra-ligamentar entwickelte*, thèse, Berlin, 1891.
Fairbain. — *Saint Thomas Hospital Report*, London, 1898-1899.
Farrar et **Lilian**. — *Amer. Journal of Obst.*, New-York, janvier 1919.
Fasola. — *Ann. di. obst.*, Firreze, 1888.
Faure (J. L.). — *Traité de gynécologie.*
Fisher. — « Varicocèle du ligament large » (*Amer. Journ. of obst. and gyn.*, août 1926).
Flateau. — *Zentrablatt für gyn.*, nº 15, 1903.
Fraenckel. — *Deutsche medical wochenschrift.*, 1890, p. 173.
Frommel. — *Muncheuer medicinische Wochens.*, 1892.
Gilkrist. — Thèse, Paris, 1890.
Giraud. — « Kystes inclus du ligament large » (*Bul. Soc. de chirurgie*, Marseille, nº 9, 1929).
Griffith. — « A case of extra uterine pregnancy; the sac being situated in the right broad ligament » (*Soc. Obst.*, Londres, 1891).
— « Intra-peritoneal rupture of a broad ligamentous pregnancy » (*Saint Barthelemy Hosp. report*, 1907).
Guazon. — *Philippine island, S. C. Manila*, p. 38, 1917.
Guyot. — « Un cas d'hématocèle intra-ligamentaire » (*Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 1924).
Harris. — « Extra uterine pregnancy treated by cystectomy » (*Amer. journ. of the med. Sciences*, septembre 1888).
Hartman. — « Sur les grossesses tubaires » (*Rev. générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1917).
Hartman et **Bergeret**. — « 186 cas de grossesses extra-utérines dans les premiers mois » (*Gyn. obst.*, Paris, 1919).
Hartz. — « The mode of terminaison in ectopie pregnancy with report of illustratives cases » (*Am. j. of obst.*, p. 601, New-York, 1915).
Hemotin. — *Annales gyn. obst.*, 1896.
Hoehne. — *Zent. für gyn.*, Leipzig, 1923.
Jarman. — « Intraligamentous rupture of ectopie gestation and its expective treatment » (*Am. J. of obst.*, New-York, 1892).
Jayle et **Delherm**. — *Rev. gyn. et chirurgie abdominale*, nº 1, 1900.
Joscelyne (A. E.). — « A case of extra uterine fœtation pregnancy presenting in the vagina » (*British med. Journ.*, p. 516, London, 1920.)
Kennedy. — « Grossesse intra-ligamentaire à terme » (*Am. j. of obst. and gyn.*, déc. 1926).
Kirkley. — *Am. j. obst.*, 1885.
Kuntz. — *Monatsch. für. gyn.*, p. 161, 1919.
Lawson Tait. — *The obstetrical journal*, 1888.
— *Am. journ. of obst.*, 1888.
Le Bec. — *Bulletin et mémoire Soc. chir.*, Paris, 1891.
Lemercier. — Thèse de Paris, 1901.
Lenormant et **Hartman** Keppel. — « Accidents de la grossesse tubaire », (*Gyn. obst.*, Paris, 1923).

Le Roux. — *Progrès médical*, Paris, 1922.
Levy du Pan. — *Schweizerische medisinische Wochenschift.*, 1923.
Litzman. — *Arch. für. gyn.*, 1880.
Lugeol. — *Journal de médecine*, Bordeaux, 1893.
Lyle. — « Deux cas de grossesse intra-ligamentaire à terme » (*Am. J. of obst. gyn. British. Empire*, p. 596, London, 1926).
Mc. Leannan (H. R.). — « Intra ligamentary ectopic pregnancy » (*The Lancet 1rst August*, 1931).
Magid (M. O.). — « Intraligamentous pregnancy » (*Bull. New York medical*, janvier 1928, p. 74-77).
Magid (M. O.). — « Case of intraligamentous pregnancy at full term » (*Am. journ. obst. and gyn.*, juin 1928, p. 859).
Mahon. — « Rupture de grossesse intra-ligamentaire » (*Bull. soc gyn. et obst.*, Paris, 1930, p. 66).
Maltakowsky. — *Arch., für gyn.*, p. 362, 1881.
Marchand . — *Rev. gyn. et chirurgie abdominale*, p. 72, 1902.
Martini. — *Das extraperitoneal hœmatom*, Stuttgart, 1882.
Maygrier. — Thèse d'agrégation, 1885-1886.
Morrisson. — *Edimburg med. Journ.*, 1888.
Muhlrad. — *Bull. soc. obst. et gyn.*, p. 391, 1931.
Murard « Intervention précoce ou retardée dans les grossesses tubaires rompues » (*Presse méd.*, n° 13, 1921).
Oastler. — « Ectopic pregnancy » (*Surgery gyn. and ost.*, Chicago, 1917).
Olivier. — *Edimburg med. journ.*, août 1898.
Olhausen. — *Deutsche med. Wochenschrift.*, 1890.
Orillard. — Thèse, Paris, 1894.
Parry. — *Extra uterine pregnancy*, Londres, 1876.
— *Am. Journ. of ost. and gyn.*, Saint-Louis, 1921.
Paucot. — *Revue pratique pédiatrique et ost.*, 1913.
Phelipot. — *Hématomes inclus dans le ligament large*, thèse, Bordeaux, 1913.
Pichvin. — « Un cas de rupture de grossesse tubaire donnant lieu à un hématome intraligamentaire » (*Journal de méd.*, Paris, 1907).
Pinard. — *Annales gynec.*, 1885 et 1892.
Pfeiffer (A.). — « Intralig. tubenschwaugerschaft » (*Monastschrif für Berlin*, p. 83, 1923).
Polak. — « Observation on ectopic pregnancies from a study of 307 cases » (*Am. journ. of obst. and gyn.* , Saint-Louis, 1931-22.
Pozzi. — *Traité de gynécologie.*
Pratilchansky. — *Journal de chirurgie*, n° 2, p. 220, 1910.
Purcell. — « A case of extra uterine fœtation into folds of broad ligament », (*British gyn. journ.*, London, p. 338, 1900.
Ralli. — Thèse de Paris, 1900.
Rein. — *Zentralblag für gynec.*, 1892.
Remzi. — « Technique opératoire des grossesses intraligamentaires » (*Gyn. et obst.*, 1924).

Ribemont-Dessaignes. — *Traité d'obstétrique*
Riotte. — *Le Médecin d'Alsace*, 1927.
Rochet. — *Semaine Gynécol.*, 1898.
Roxas et **Villarama** (A.). — *Journal Phillipine Islands medical sciences*, p. 50-54, 1924).
Schauta. — « Zur diagnose intraligamentaren Schwanggerchaft » (*Prayer med. Wochenschrift.*, 1891).
Schuckardt. — « Ueber intraligamentose tubengewargerschaft » (*Wirchow's Arch.*, 1882).
Scipiades. — *Zentralblag für gyn.*, 1911.
Segond. — « Traitement de la grossesse extra-utérine » (*Rev. gyn. et chirurg., abdominale*, p. 801, 1898).
Skutsch. — *Munch. med. Wochensch.*, nº 37, 1902.
Sokoloff. — *In* thèse Villar.
Spaeth. — *Zeitsch. für gynakol.*, 1890.
Speidel. — « An intraligamentous pregnancy » (*Lancet clinic.*, 1899).
Spielgelherg. — *Arch. für gynec.*, 1870.
Stoeckel. — *Med. Gesellschrift de Kiel*, 26 février 1916.
Stoeckel. — *Med. Gesellschrift*, Kiel, 26 février 1916.
Tallafero. — « Embarezo ectopic intraligamentaria con fœto vivo de 7 messes y quiste del ovario » (*Bol. soc. de obst. y Gine.* septembre 1930, 245-259).
Tavernier. — « Indications opératoires dans la grossesse extra-utérine rompue » (*Bul. soc. chirurgie*, Lyon, 1921).
Taotman. — *Am. Journal of obstétrics*, 1908.
Tissier et **Penard.** — « Grossesse extra-utérine intraligamentaire et rupture utérine » (*Bull. Soc. d'obst*, p. 256, Paris, 1909).
Tissier et **Wiart.** — *Bull. Soc. obstétrique*, Paris, 1908.
Thompson (O. R.). — « Intraligamentous pregnancy » (*Journ. med., Acad. Georgia*, 17 mai 1928, p. 206).
Tillaux. — *Anatomie topographique.*
Toth. — *Arch. für gynec.*, p. 461, 1896.
Tsaï. — Thèse, Bordeaux, 1925.
Vanvaerts. — *Grossesses pseudo-intraligamentaires, gyn. et obst.*, 1926.
Veît. — *Deutsche Zent. für prakt. med.*, 1877.
Velitz. — *Monatsch. für gyn.*, p. 436, 1911.
Villar. — Thèse, Bordeaux, 1927.
Voigt. — *Zentralblag. für gynecol.*, 1891.
Warthen. — *Am. Journal of obst.*, 1889.
Williams. — *Transact., obstet. soc.*, Londres, p. 482, 1887.

Bordeaux. — Imprimerie J. Bière, 18-20-22, rue du Peugue. 1934.